Inserção e Práticas
de Enfermagem

Silene Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)

Ano 2021

Inserção e Práticas **de Enfermagem**

Silene Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)

Ano 2021

Editora Chefe
Prof[a] Dr[a] Antonella Carvalho de Oliveira
Assistentes Editoriais
Natalia Oliveira
Bruno Oliveira
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto Gráfico e Diagramação
Natália Sandrini de Azevedo
Camila Alves de Cremo
Luiza Alves Batista
Maria Alice Pinheiro
Imagens da Capa
Shutterstock
Edição de Arte
Luiza Alves Batista
Revisão
Os Autores

Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

Atena
Editora

Ciências Biológicas e da Saúde

Inserção e práticas de enfermagem

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Giovanna Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

I59 Inserção e práticas de enfermagem / Organizadora Silene Ribeiro Miranda Barbosa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5706-987-5
DOI 10.22533/at.ed.875210405

1. Enfermagem. 2. Cuidar. 3. Saúde. I. Barbosa, Silene Ribeiro Miranda (Organizadora). II. Título.
CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aqui representado pelos seis colegas de turma, ao então querido amigo Paulinho Simões e a querida amiga Marcia Raquel, ambos *in memoriam*. Colegas que neste ano de 2020, nos deixaram, pois Deus os chamou para fazerem a comemoração das Bodas de Prata ao lado Dele.

Paulinho e Marcia Raquel, vocês serão eternamente lembrados!

Juliana Maria Fernandes Irineu

Luciana Aparecida Reis

Maria Cristina Porto e Silva

Maria José Felizardo

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Tania da Silva Martins

AGRADECIMENTOS

Gostaria nesta oportunidade de agradecer aos colegas que abraçaram este projeto de apresentar as experiências vivenciadas nestes vinte e cinco anos de graduação. São tantos relatos de experiência que vivenciamos que talvez até tenha passado algum detalhe despercebido, uma vez que resgatamos pela memória sem a conexão com qualquer documento.

Saibam que a determinação e a persistência em dar seguimento a este projeto valeu cada minuto de ligações, lembretes, insistência, e de não ter deixado vocês desistirem. Como valeu!

Ao ver este material pronto só tenho que agradecer a Deus pela iniciativa, disponibilidade e colaboração de cada um de vocês. Que possamos reorganizá-lo daqui a alguns anos, se Deus quiser.

Assim, continuaremos com o exercício da enfermagem que acreditamos, com toda a autenticidade de uma ciência, afinal, o enfermeiro independente da área da atuação, exerce a ciência do cuidado. Sejamos eternamente, cientista do cuidado.

Muito Obrigada!

Enfermeira Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa

PREFÁCIO

As duas vertentes que constituem a Enfermagem como profissão são: 1) Corpo próprio de conhecimento (ciência) e 2) Objeto que é o cuidar. Esta profissão alicerçada por esse binômio se destina amplamente à pessoa, família e comunidade nas dimensões de prevenção, promoção, recuperação, controle e reabilitação da saúde.

Entretanto para que mantenha esse aporte é essencial e imprescindível que constantemente o processo cuidativo seja fundamentado ou subsidiado pela ciência.Uma das estratégias de se "nutrir" o cuidar em enfermagem é a experiência acumulada, pois esta pressupõe conhecimento teórico e prático.

Cônscias dessa realidade, um grupo de enfermeiras que concluíram a graduação em Enfermagem no ano de 1995, na então Escola de Enfermagem Wenceslau Braz e atualmente denominada Faculdade Wenceslau Braz, na cidade de Itajubá, MG, que completam 25 anos de vida profissional se propôs deliberadamente a escrever o livro "Inserção e Práticas da Enfermagem".

As autoras desse livro, num verdadeiro espírito inédito e audacioso revelam com esmero, competência e qualidade as suas experiências, conhecimento e aprendizado ao longo desses anos de atuação profissional, sendo o conteúdo de seus capítulos verdadeiro arsenal de aprendizagem a outros profissionais de enfermagem e, especificamente aos atuais acadêmicos de enfermagem, sendo para eles um referencial de práticas e experiências obtidas e acumuladas e com certeza, será para eles também guia ou norteador para a vida profissional, que cada vez mais exige competência e habilidades.

Esse grupo de enfermeiras que constituiu a 37ª turma da mencionada Instituição de Ensino Superior soube com elegância e sutileza apresentar suas experiências profissionais adquiridas durante esses anos de vida profissional tendo como foco o cuidar em enfermagem.

O livro como um todo é ainda fonte enriquecedora de conhecimento profissional de enfermeiros que, atualmente, se dedicam ao exercício profissional em diversas áreas da enfermagem e que contribuem de referencial norteador à atuação da Enfermagem.

Por outro lado, a presente obra será um recurso imensurável para a área da história da enfermagem, pois as experiências profissionais vivenciadas são constituídas essencialmente, por fatos ou situações que, por sua vez, se convertem em episódios históricos que integrarão e ampliarão a história da profissão, especificamente de determinada realidade. Será a criação da nova história da profissão e não meramente a sua replica.

Considera-se ainda, a elaboração dessa produção científica, como gesto altruístico devido ao compartilhamento das experiências e práticas acumuladas. Não houve centralização ou detecção do conhecimento adquirido.

É importante registrar também, que o investimento desse grupo de autoras na organização e publicação desta obra ressalta a importância e a relevância das práticas da enfermagem, inserção de novos conhecimentos e experiências profissionais vivenciadas ao longo de 25 anos de exercício profissional, o que com certeza preencherá múltiplas

lacunas de conhecimento e de dúvidas, contribuindo para a ampliação do corpo próprio de conhecimento da Enfermagem. A Enfermagem como qualquer outra ciência necessita da validação das suas práticas e experiências para que, sua a teoria seja mais robusta e intrinsicamente fundamente e fortaleça a dimensão prática.

Neste sentido, embora esteja situada no campo das Ciências Biomédicas, a Enfermagem é, sobretudo uma disciplina humanística, pois o seu foco é o Ser Humano. Como é possível constatar em cada capítulo, este livro abarca enfoque altamente humanístico, o que coaduna com a própria essência da Enfermagem enquanto disciplina científica.

Acredita-se que este livro contribuirá de forma expressiva e consistente para engrandecimento desta disciplina, que além da natureza cientifica e também artística, refletindo alto nível de valores humanos, que tornam a Enfermagem muito especial.

Finalmente, cabem aqui os parabéns pela coragem e audácia desse grupo. Trata-se de uma tarefa árdua e exigente em todos os sentidos e aspectos, porém há um proverbio latino que assim se expressa: “Si vis, potes”, se você quer, você pode e acrescenta-se “quem faz o que pode, faz o que deve”.

Um afetuoso abraço a cada uma de vocês.

Prof. Dr. José Vitor da Silva.

APRESENTAÇÃO

A enfermagem é a ciência na qual o conhecimento teórico-prático fundamentam técnicas e estratégias do cuidado, continuamente. A pioneira da enfermagem Florence Nightingale, com princípios e fundamentos científicos já cuidava dos soldados na guerra da Crimeia. É fato que com o avançar do tempo às referências científicas atualizam diante das condições sanitárias. E sendo, a enfermagem uma profissão secular, é de grande importância a reflexão sobre a mesma.

Assim, a obra consiste nos relatos de experiências dos enfermeiros graduados há 25 anos. A mais conhecida é a área de cuidados de enfermagem, abrangendo as unidades pré-hospitalares, hospitalares e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde há um maior número de profissionais diante da demanda do dimensionamento de profissionais e o tipo de cuidado dispensado. A docência, sendo outra área, fundamenta a aprendizagem do aluno, no contexto teórico-prático. Essa atuação avançou, consideravelmente, uma vez que a proposta vem de encontro à colaboração com o processo ensino-aprendizagem. A crescente demanda em prol da categoria resultou na oferta de novos cursos e consequentemente a busca por enfermeiros docentes que pudessem atuar junto as Instituições de Ensino.

E para embasar as atividades da enfermagem, a área da pesquisa busca por estratégias e meios que direcionam para uma melhor assistência de enfermagem. Com o advento da pesquisa, os enfermeiros passaram a buscar novas formas, conhecimentos e saberes para nortearem à assistência de enfermagem. A busca de novos conhecimentos enfatiza a ânsia em prol da melhoria da assistência de enfermagem. Já no empreendedorismo, a ênfase na enfermagem se dá na empresa de cuidados ou na gestão dos mesmos. Neste caso, a auditoria e a consultoria são ações que buscam orientar e conduzir a assistência de cuidados para que o cuidado seja o mais adequado possível. E neste contexto para finalizar, temos a gestão que busca gerir a assistência direta ou indireta das Políticas Públicas de Saúde, nas três esferas federativas. A gestão do serviço de saúde culmina com uma visão do serviço como um todo, onde as decisões em diversas esferas proporciona uma visão ampliada das categorias multidisciplinares e interdisciplinares.

O objetivo desta obra é apresentar algumas das experiências de Cuidados de Enfermagem (Atenção Primária e Hospitalar), Gestão, Docência, Pesquisa, Empreendedorismo e Consultoria vivenciada pelos profissionais enfermeiros, após sua formação.

Esta obra livro tem como finalidade compartilhar às experiências vivenciadas, buscando servir como referência para o recém-graduado, bem como para o profissional como consulta e aprimoramento diante do conhecimento compartilhado. Obviamente, cada um tem um perfil profissional, mas a soma das experiências tende a fortalecer a sua tomada de decisão ao se deparar com as diversas situações profissionais.

Por fim, o compartilhamento desta obra descreve a satisfação pessoal em atuar como um profissional de enfermagem. Zelar pelo cuidado do cliente, buscando formas de amenizar sua dor, sistematizando uma assistência de cuidados essenciais e individuais, proporcionando aprendizagens e conhecimentos, participando e propondo pesquisas que fundamentam os cuidados, desafiando a questão empresarial da categoria e por fim, neste

contexto, colaborando com a gestão do serviço público de saúde.

Façamos a diferença! Façamos enfermagem!

Enfª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

EVIDÊNCIA DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 06/12/2020

Silene Ribeiro Miranda Barbosa
Faculdade Wenceslau Braz.
Brasília/Distrito Federal..
http://lattes.cnpq.br/5882112931806109

A vida resulta da determinação almejada. (Autoria própria)

RESUMO: Relato de experiência dos 25 anos de Graduação em Enfermagem da 37ª turma de Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. Experiências que contextualizam o conhecimento e a execução das atividades da Atenção Primária nos diversos níveis federativos. A experiência junto à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou com a esfera estadual no momento da municipalização, juntamente com as expectativas e a esperança de um sistema inovador. Já no campo municipal, a participação junto á construção do material didático para a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por ter sido algo inovador e piloto no Brasil resultou em uma soma de conhecimentos. A também atuação enquanto supervisora da Estratégia Saúde da Família (ESF) e ACS ampliou o olhar diante da gestão da estratégia somado ás experiências como organização, planejamento das construções das Unidades Saúde em Família (USF) e consequentemente, o acolhimento dos profissionais nos diversos Distritos Sanitários (DS) que enriqueceram o aprendizado no dia a dia. No nível federal, a atuação como consultora no Ministério da Saúde elevou a aprendizagem diante das legislações e Políticas Públicas de Saúde. Inserida na Secretária de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) fortaleceu a sensibilidade frente as necessidade de educação permanente dos profissionais de saúde, especificamente nos Programas Mais Médicos, PROFAPS, PROVAB. E na Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) o conhecimento técnico das inovações legais e estruturais dos serviços ofertados as pessoas idosas fortaleceu a contextualização do SUS. As experiências exitosas nacionais demonstraram o quanto o serviço á pessoa idosa tem fortalecido diante á demanda da clientela. Assim, apresento detalhadamente a oportunidade ímpar em ter participado da gestão do SUS nas três esferas o qual resultou consideravelmente no crescimento profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Gestão. Atenção Primária.

ABSTRACT: Experience report of the 25 years of Nursing Graduation of the 37th Nursing class at the Wenceslau Braz Nursing School. Experiences that contextualize the knowledge and execution of Primary Care activities at the different federal levels. The experience with the management of the Unified Health System (SUS) started with the state level at the time of municipalization, together with the expectations and hope for an innovative system. In the municipal field, participation in the construction of didactic material for the training of Community Health Agents (CHA) for having been something innovative and pilot in Brazil resulted in a sum of knowledge. Also acting as a supervisor for the Family Health Strategy (FHS) and ACS broadened the perspective of the strategy management added to the experiences as

organization, planning of the construction of the Family Health Units (USF) and, consequently, the reception of professionals in the different Districts Toilets (DS) that enriched learning on a daily basis. At the federal level, acting as a consultant in the Ministry of Health increased learning in the face of laws and Public Health Policies. Inserted in the Secretary of Labor Management and Health Education (SGTES) strengthened the sensitivity towards the need for permanent education of health professionals. specifically in the Mais Médicos Programs, PROFAPS, PROVAB. And in the Elderly Health Coordination (COSAPI) the technical knowledge of the legal and structural innovations of the services offered to the elderly strengthened the contextualization of SUS. Successful national experiences have shown how much service to the elderly has strengthened in the face of customer demand. Thus, I present in detail the unique opportunity to have participated in the management of SUS in the three spheres which has resulted considerably in professional growth.
KEYWORDS: Nursing. Management. Primary attention

INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca compartilhar as experiências por mim vivenciadas no decorrer dos meus 25 anos de formação profissional, sobre a qual cumpre registrar que, com muito orgulho, fiz parte da 37ª turma de Graduação em Enfermagem da Faculdade Wenceslau Braz.

Foram experiências únicas, que somaram e resultaram em uma visão complexa do Sistema Único de Saúde (SUS), momentos que oportunizaram a partilha com colegas de diversas regiões do país. As dificuldades e aprendizagens descritas a seguir buscam mostrar que o importante é ter na íntegra a certeza de que se pode fazer uma enfermagem diferenciada. Ao relatar o início da trajetória profissional, vem à tona o desafio diante de cada caminhada, assim como os estímulos que estiveram presentes.

Inicialmente, as experiências foram juntas à assistência hospitalar, por um período de aproximadamente dois anos, em hospitais de pequeno porte no interior de Minas Gerais e São Paulo. No entanto, as demais aprendizagens aconteceram na docência e na gestão do SUS. Assim, a experiência acumulada permite permear pelas três esferas de gestão federativas do SUS, sendo, portanto, o objeto deste relato.

Essas experiências aconteceram em diferentes áreas geográficas como Norte, Nordeste e Centro Oeste, possibilitando conhecer o funcionamento do SUS em grande parte do país e a atuação da enfermagem nas respectivas localidades, resultando em uma bagagem ímpar de aprendizagem. Os relatos trazem o processo da descentralização na experiência estadual, a municipalização com um processo piloto da capacitação dos Agentes Comunitários da Saúde, no nível municipal, e a experiência da atuação como consultora em duas Secretarias, no nível federal, descritos nesta ordem.

ESFERA ESTADUAL

Já formada em enfermagem, no ano de 1999, por questões familiares fui residir na região Norte, mais precisamente na cidade de Rio Branco, capital do Acre. Ali, permaneci por três anos. A cidade é uma capital estilo interiorana, sendo um município muito acolhedor.

Houve muita curiosidade em conhecer a região, assim como a atuação da enfermagem nessa. Assim que cheguei, agilizei a solicitação da transferência para o Conselho Regional de Enfermagem (COREN/AC) a fim de buscar oportunidade de trabalho.

Diante da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Estado, houve processo seletivo junto à Secretaria de Saúde do Estado (SESACRE) para compor as novas equipes do programa, oportunizando a atividade na área.

Vale registrar que a Constituição Federal de 1988, no art. 196, deu origem ao Sistema Único de Saúde ao definir que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.[1]" E no art. 198 descreve as diretrizes as quais o SUS deveria seguir: "I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.[1]"

A regulamentação do SUS se deu por meio do art. 4º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, definindo-o como sendo "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.[2]" A regulamentação também definiu os dois princípios: os doutrinários (universalização, equidade e integralidade); e os organizativos (regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular).

O Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994 obteve uma nova nomenclatura a partir do momento em que se consolidou como a estratégia de abrangência nacional e prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006.[3] Sendo considerada Estratégia Saúde da Família (ESF), a Portaria 2436 de 31 de setembro de 2017, no seu art.7º, inciso I e II reforça e propõe a reorientação do modelo e apoia e estimula a adoção da ESF como prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica.[4]

Preliminarmente, fui contratada por uma ONG ligada à Igreja Católica da Diocese de Rio Branco, para prestar serviços para a SESACRE. Inicialmente, participei do curso de capacitação sobre a Legislação do SUS, Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários em Saúde (EACS), unificando o conhecimento de todos os profissionais. Com a inovação da Política de Saúde a educação continuada sempre esteve muito presente, visto que aquela gerou muitos questionamentos, e, consequentemente, coube à coordenação o papel de amenizá-los sempre que possível.

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica.[4]

Em um primeiro momento integrei uma equipe da Estratégia Saúde da Família, mas, devido à desistência do médico, atuei, com os demais colegas, em uma equipe de transição, sendo composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis

agentes comunitários de saúde. A equipe permaneceu nesta condição por alguns meses até a chegada de um novo médico.

Atuei à frente da equipe, a qual tinha uma agenda semanal organizada para atender dentro das possibilidades, pois não havia espaço físico ideal. Era utilizado o espaço da igreja católica da área de abrangência, de segunda a sexta feira no horário das 8 às 17 horas. A agenda foi organizada e planejada com toda a equipe para atender os dois turnos na semana por meio de: territorialização, cadastramento, capacitação dos agentes comunitários, discussão dos relatórios dos agentes de forma individual e em grupo, ações intersetoriais, consultas de enfermagem (com adaptação do ambiente), visitas domiciliares, educação em saúde e reuniões junto à coordenação.

A educação em saúde, por muitas vezes, foi realizada nas garagens das residências disponibilizadas pela própria comunidade, ou até mesmo, literalmente, embaixo das árvores, uma vez que havia falta de espaço e não falta de interesse dos usuários. Já em outros momentos aproveitaram-se as discussões dentro das hortas comunitárias. A questão fitoterápica sempre esteve presente na região Norte. Tinha-se o apoio dos profissionais que trabalhavam com a linha fitoterápica, que proporcionavam conhecimentos a serem repassados à comunidade. A presença da comunidade nas atividades de educação em saúde foi concreta. A cada contato com a comunidade reforçava-se a relação com a equipe, criando laços e aumentando a responsabilidade dos profissionais e, como consequência, fortaleceu-se a responsabilidade da cobertura da estratégia.

> A promoção da saúde ocorre quando a comunidade se apropria dos conhecimentos necessários para melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação dos indivíduos no controle deste processo.[5]

A área de abrangência com extrema vulnerabilidade fomentou um trabalho contínuo e persistente junto à comunidade. Tal situação ocasionou uma vivência esperançosa, dia a dia, para que tudo se ajustasse o quanto antes, em busca da melhora dos dados epidemiológicos e sanitários e, consequentemente, a melhora da qualidade de vida. Incansavelmente, foram utilizadas ferramentas inovadoras para que os usuários aderissem às orientações.

Com as mais diversas particularidades regionais, a linguagem é algo peculiar. No início dos atendimentos, muitas vezes, a presença do agente comunitário se fez necessária para o entendimento conciso do usuário.

Diante da descentralização, a coordenação demandou algumas permutas profissionais e, nesta oportunidade, passei a atuar tecnicamente junto à coordenação. Com essa oportunidade comecei a entender e compreender melhor o funcionamento da gestão do SUS na transição da descentralização. Naquele momento a equipe contou com assessoria dos técnicos do Ministério da Saúde (MS), que permaneceram por alguns meses organizando, assessorando e colaborando com a política que estava sendo implantada.

Em decorrência da transição da municipalização, algumas Unidades de Saúde da Família (na região eram conhecidas como Módulos de Saúde da Família) e seus respectivos profissionais foram remanejados para a gestão do município e outras permaneceram junto à gestão estadual. O foco foi amenizar a descentralização e continuar com a mesma

assistência ofertada à comunidade, independentemente da gestão. A adaptação das responsabilidades se deu de uma forma gradual e progressiva, otimizando o melhor meio para administrar os repasses dos recursos financeiros.

A diretriz da municipalização, que se revelou a partir da descentralização da política de saúde, reforça a perspectiva democrática e de ampliação de direitos, mas impõe também novos desafios à efetivação da democracia nos planos municipal e nacional.[6]

Visando o acompanhamento dos trabalhos das equipes de Saúde da Família, a equipe técnica da coordenação realizava visitas *in loco* para discutir as realidades, assim como suprir os materiais necessários para a realização das atividades e/ou procedimentos. As visitas eram realizadas semanalmente, dentro das prioridades pontuadas pelas equipes e discutidas junto à coordenação. Mensalmente, junto com a coordenação eram analisados os indicadores epidemiológicos e sanitários, Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) e as fichas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Ficha A (cadastro), SSA2, PMA2, B-GES, B-DIA, B-HAN, B-TB. Essas fichas alimentaram o Sistema de Atenção Básica (SIAB). Com esses dados era acompanhado o trabalho das equipes, focado na qualidade do trabalho, que repercutiu na assistência junto à comunidade.

A equipe realizava o estudo diante dos dados epidemiológicos e sanitários, visando obter a melhor resposta possível do trabalho das equipes junto à comunidade. E quando necessário intervinha com discussões, sugestões ou até mesmo com capacitações. Observar a melhora dos dados era o propósito da equipe, que apoiava aos demais municípios de acordo com a demanda.

Recordo que em uma das campanhas de vacinação a equipe se organizou para levar os imunobiológicos e insumos aos municípios. O estado é pequeno, no entanto, o percurso entre os municípios tem algumas particularidades. Fiquei responsável pela entrega dos materiais para imunização no município de Santa Rosa do Purus, uma pequena cidade que faz divisa entre Brasil e Peru. Para chegar lá existem duas possibilidades: via fluvial sendo até sete dias de barco (dia e noite) e via aérea (avião monomotor).

Toda a campanha foi planejada com base no grupo que seria imunizado, os insumos necessários e a logística (inclusive o peso de cada profissional que viajaria para colaborar com essa ação: enfermeira, técnica de enfermagem e piloto). Tudo precisou ser “verificado”, pois havia limite de peso, sendo fator decisório para a composição da equipe.

Ao sobrevoar a cidade de Santa Rosa do Purus, as crianças indígenas que brincavam no campo de futebol perceberam a intenção de pouso do avião e se distanciaram para que esse tivesse sucesso sem qualquer intercorrência. Ao pousar logo percebi uma fila de moradores que desejavam uma carona até a capital para se tratarem com consultas e/ou exames mais complexos. O paciente substituiria os insumos levados. O critério de escolha do paciente, infelizmente, não considerou a priori a questão técnica de saúde, mas sim do peso.

O piloto nos orientou quanto à necessidade de agilizar o trabalho para que o retorno acontecesse antes das 15 horas devido a pouca iluminação natural (Floresta Amazônica) e do próprio avião monomotor, e essa condição poderia prejudicar o voo. Mas tudo ocorreu perfeitamente, inclusive o relatório da campanha demonstrou o alcance da cobertura vacinal ideal.

Assim, aos poucos a transferência entre as gestões estaduais e municipais foram articulando entre si e a transição tornando-se mais amena, obtendo-se um resultado positivo diante da descentralização do SUS. Obviamente, as mudanças geraram muito questionamento até o entendimento na íntegra da proposta. E com o SUS não foi diferente.

Nessa região a valorização do profissional enfermeiro foi algo marcante. Não se questionava, mas sim argumentava. A valorização do enfermeiro na Atenção Básica sempre esteve presente, e o fato de se ter um profissional médico apenas somava. Outra questão foi a preocupação com a atualização dos profissionais diante da implantação ou mesmo implementação de novas políticas ou de novas ferramentas. As capitais da região Norte se articulavam para que os representantes dos estados recebessem capacitações, uma vez que os técnicos atuariam como multiplicadores nos respectivos estados. Recordo que houve uma nova orientação teórico-prática sobre o SIAB e a equipe passou uma semana recebendo capacitação na cidade de Manaus, juntamente com colegas dos demais estados da Região Norte.

Os recursos financeiros do SUS passaram a ir direto para a Secretaria do Estado e, consequentemente, em agosto de 2001 houve novo processo seletivo e a contratação finalmente ocorreu pela própria SESACRE. Com a nova distribuição dos profissionais dentro da Secretaria, minha atuação junto a Coordenação Saúde da Mulher, com demandas voltadas a parceria com a ESF. A proposta buscou soluções em prol da melhor qualidade de vida para as mulheres das áreas de abrangências da Estratégia Saúde da Família.

Acredito que o diferencial seja o reconhecimento da região Norte: respeito profissional e as implantações de Políticas de Saúde orientadas pelo Ministério da Saúde, dentro do contexto técnico, independente da visão político-partidária.

GESTÃO MUNICIPAL

No ano de 2002, já na cidade de Salvador/Bahia e ansiosa por novos desafios, agilizei a transferência do Conselho, pois tive ânsia em atuar o mais breve possível, aproveitando as aprendizagens adquiridas junto a esfera estadual na Região Norte. Mesmo tendo iniciado o trabalho como enfermeira da EACS em uma cidade da região metropolitana, tive a oportunidade de trabalhar com a ESF na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador. A Estratégia Saúde da Família legalmente é a mesma em todo país, o diferencial se deu em decorrência da municipalização já ter ocorrido e da evolução dos parâmetros administrativos.

A proposta de trabalho foi supervisionar as equipes das Unidades Saúde da Família (USF) e Agentes Comunitários da Saúde existentes e, ao mesmo tempo, participar da expansão das ESF nos demais Distritos Sanitários (DS).

A primeira atividade a mim destacada foi capacitar as enfermeiras da EACS. A capacitação fez parte da programação conjuntamente com a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), da expansão das equipes no município de Salvador. Assim, com outra colega (apenas duas supervisoras naquele momento) foi planejado e organizado conjuntamente o curso solicitado. A EACS esteve presente em todos os DS, enquanto a ESF somente no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF) com 11 equipes.

O Distrito Sanitário deve ser compreendido sobre duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS no município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão.[7]

A ampliação da ESF no município de Salvador partiu dos resultados positivos com a EACS composta pelos agentes de saúde e um enfermeiro, realizando a territorialização da área, cadastro das famílias, visita domiciliar, educação em saúde (palestras), encaminhamento aos médicos da UBS de referência, e mapeando o número provável de equipes de Saúde da Família para a cobertura ideal do município.

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São alguns dos itens necessários à implantação dessa estratégia: o número de ACS e Agente Comunitário de Endemias (ACE) por equipe deve\ ser definido de acordo com base populacional; e enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe.[4]

Destaco como uma das experiências exitosas para a enfermagem o reconhecimento diante da análise das plantas físicas para construção das USF. Juntamente com um engenheiro e um arquiteto, participei de uma equipe multiprofissional, que realizou discussões sobre a avaliação dos imóveis para adequação e reforma. Assim, essa equipe esteve à frente sempre da necessidade de construção, reforma ou adequação de alguma USF. Essas reformas foram realizadas com base nas orientações da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC 50)[8] por ser um Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e, obviamente, acompanhamento *in loco* das USF. O desafio chegou literalmente com o estudo sobre a RDC 50 para que se pudesse discutir sobre as plantas baixas das unidades.

O acompanhamento da obra foi assistido literalmente, pois os engenheiros e arquitetos acreditavam na percepção detalhada da enfermagem. A coordenação municipal juntamente com as supervisoras avaliava a extensão da unidade paralelamente ao número de equipes necessárias àquela região. As USF, em sua grande maioria, foram construídas para receber até três equipes de Saúde da Família. Com a unidade pronta para inauguração, a supervisora responsável por essa unidade articulava a logística relacionada a imobiliários e equipamentos diante do número de equipes dentro de USF.

Cada unidade construída foi preparada com toda ambientalização necessária, segundo a RDC 50: ventilação, iluminação, pisos e paredes, cobertura, materiais de acabamento, fluxo de pessoas e materiais, portas, janelas, lavatórios e pias, bancadas, armários e estantes, área externa e sinalização.[8]

A estrutura das unidades teve sua área construída de forma bem distribuída, cada profissional com seu consultório. Em unidades com metragem menores, os profissionais acordaram para utilizarem os dois períodos: atividades intra muro e extra muro.

O Pacto pela Saúde ajustou as transferências diretas de recursos do nível federal

para estados e municípios. Isso, contudo, não significou maior autonomia para os níveis subnacionais no uso de tais recursos, já que as transferências eram para ações e programas específicos determinados previamente pelo nível central.[9]

Cada ação realizada com os recursos públicos era, obviamente, levada em consideração na prestação de contas para o fundo do Ministério da Saúde. As estratégias de saúde planejadas com base no Plano Plurianual (PPA) deveriam ser aprovadas e apreciadas pelo respectivo Conselho de Saúde.[10]

Os recursos financeiros destinados à SMS relacionados à expansão da Estratégia Saúde da Família foram geridos por uma empresa privada, Real Sociedade Espanhola de Beneficência, via contrato administrativo.

É válido reforçar que o contrato administrativo é um dos instrumentos formais utilizados para estabelecer e operacionalizar as relações entre o Poder Público e a inciativa privada, nas hipóteses de complementação da oferta assistencial, e guarda algumas particularidades que lhe são próprias e só a eles, funcionando, por conseguinte, como elementos identificadores desse tipo de instrumento. Há a obrigatoriedade de um processo licitatório, em que a Administração Pública convoca, por meio de edital ou aviso, interessados em apresentar propostas para contratação de prestação de serviços de saúde, e se sujeitem às condições fixadas no instrumento convocatório. Não é sigiloso, é público e acessível aos cidadãos.[11]

A contratação dos profissionais aconteceu em três modalidades, conforme a demanda de serviço: concurso, para as diversas categorias profissionais; contrato, pela Fundação vinculada à Universidade do Estado da Bahia (FAPES) da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), responsável pela contração parcial da equipe de supervisão, entre outras contratações; e processo seletivo, para agentes comunitários.

Este último constou de três etapas: prova escrita, entrevista (coletiva e individual) e o curso de capacitação. As etapas foram eliminatórias e a nota final foi a média aritmética de todas as fases, para que assim, soubessem a classificação obtida.

> Art. 9º A contratação de ACS e de ACE deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.[12]

Para a entrevista (coletiva e individual), a convocação abrangeu até três vezes o número de vagas. Posterior à etapa da entrevista, quando aprovado, o candidato participou do curso de Capacitação do Agente Comunitário de Saúde. Curso esse que se tratou de projeto piloto em todo Brasil. Uma equipe de técnicos da Secretaria de Saúde, incluindo as supervisoras da Estratégia Saúde da Família/Estratégia de Agentes Comunitários da Saúde, elaborou esse curso com base na legislação do SUS, com carga horária de 8 horas diárias, por uma semana, totalizando 40 horas semanais, certificado pela Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS) Professor Jorge Novis, vinculada á SESAB.

> Art. 6º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: I - residir na área da comunidade em

> que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
> II - ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas.[12]

A dinâmica do curso contextualizou a diversidade de metodologias de aprendizagem, uma vez que esse profissional se tornou multiplicador da saúde. O processo avaliativo transcorreu durante o curso de capacitação, sendo ministrado por duas técnicas, para que ambas avaliassem, continuamente, os candidatos em cada segmento do dia. A nota adquirida no curso somou as etapas anteriormente realizadas, obtendo assim a média aritmética e consequentemente a média final.

Observou-se com essa qualificação inicial que o ACS demonstrou uma amplitude de conhecimento sobre o SUS, que muitas vezes não se percebeu nos profissionais que compunham as equipes, ressaltando com isso a importância de uma capacitação inicial e permanente. A Lei 13.595, no Art. 5º, § 3º diz que "cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias poderão ser ministrados nas modalidades presencial e semipresencial e seguirão as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação.[13]"

A proposta de expansão da estratégia absorveu os dados da territorialização das equipes de ACS distribuídos em todos os DS do Município, para a programação da implantação das ESF dentro destes DS, diante da vulnerabilidade social. Um dos tópicos trabalhados no curso foi a territorialização, que é uma ferramenta extremamente necessária e colaborativa junto à estratégia, sendo assim definida:

> Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.[4]

A partir dessa inserção no território é que se pode produzir modos de aprender, intervenções que consideram o saber sobre as pessoas e a clínica ampliada no território, fundamentais na ESF, fortalecendo a relação entre ensino-serviço-comunidade.[14]

Com a expansão de novas equipes, conjuntamente houve a necessidade de ampliar a equipe de supervisão para nove supervisoras, tendo em sua composição enfermeiras, nutricionistas e odontólogas. A distribuição dos 12 distritos para atuação ocorreu de forma democrática, ficando algumas supervisoras responsáveis por mais de um distrito, conforme necessidade.

Mediante isso, assumi o desafio de trabalhar com o distrito mais distante e ao mesmo tempo de maior vulnerabilidade social, somado com uma extensa programação de

implantação de novas equipes, com conselhos locais atuantes e uma população que pedia socorro devido à carência de serviços de saúde. O desafio foi grande e consequentemente houve muito trabalho para oferecer a comunidade uma dinâmica de atendimento compatível com a realidade da população. Nessa região os Conselhos Locais de Saúde (CLS) sempre foram muito atuantes e acompanhavam as articulações políticas. Obviamente, com a expansão da ESF não foi diferente.

A dinâmica junto aos CLS trouxe ótimos resultados, como por exemplo, o trabalho maravilhoso junto à comunidade referente ao entendimento da estratégia. Afinal, toda a população de Cajazeiras ganhou com a implantação da ESF que teve como propósito oferecer a melhor qualidade de atendimento à saúde. A parceria da SMS com o Distrito Sanitário evoluiu positivamente a cada nova inauguração de USF.

A supervisão técnica descentralizada favoreceu o acompanhamento mais de perto dos trabalhos dos profissionais das ESF do DS, assim como proporcionou novos desafios junto às implantações das ESF, pois cada Distrito teve sua particularidade. Os próprios CLS buscaram sensibilizar em busca dos 100% de cobertura da estratégia.

> A autonomia comunitária pode servir de meio para a construção da cidadania e da corresponsabilidade pela melhoria da qualidade de vida da comunidade e para a participação popular.[15]

É pensando nessa dinâmica que a função do Conselho Local de Saúde e, por conseguinte, do controle social é ser um dos alicerces para o fortalecimento da atenção Primária à Saúde idealizada pela ESF. Esse ideário se fundamenta na percepção de que os indivíduos que utilizam os serviços de saúde têm maior legitimidade para fiscalizar e acompanhar tais serviços, podendo participar das deliberações acerca de suas diretrizes.[16]

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.[17]

A parceria dos Conselhos na implantação das equipes resultou no sucesso da ampliação, visto que em 2002 tínhamos 11 equipes de Saúde da Família, somente no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF), e em 2005 fechamos com 93 equipes distribuídas nos 12 Distritos Sanitários.

Posterior ao dia da inauguração da USF, a supervisora responsável, iniciava-se um trabalho de acolhimento. Todos os profissionais, independente da categoria profissional, conheciam a área de abrangência realizando cadastro domiciliar, que é a forma mais rica de conhecer a população. Os ACS acompanharam um profissional técnico, em virtude do conhecimento junto à população, e esses aproveitaram para divulgar as novas equipes profissionais que acompanhariam as famílias. Essa apresentação junto à população otimizou a articulação serviço/comunidade facilitando a compreensão e o atendimento a todos.

A organização das agendas de atendimento, visitas domiciliares, atividades

educacionais intra e extra muro, mutirões de atendimentos, entre tantas ações, foram bem compreendidas diante do trabalho discutido com as lideranças do bairro.

Como parte das etapas de planejamento, as equipes realizavam além da identificação dos problemas, por meio do uso de informações e da definição de ações e atividades, momentos de reuniões semanais para o acompanhamento das atividades que estavam em andamento e para a avaliação das atividades já concluídas.[18]

Periodicamente, os profissionais, a supervisão e os técnicos do DS se reuniam a fim de conhecer a realidade da ESF e, consequentemente, propor ajustes, caso necessário, na melhora dos dados, resultando no ganho em conjunto. Há de se ressaltar que as enfermeiras da EACS participavam conjuntamente, pois muitas equipes estavam na transição de EACS para ESF, colaborando com ações que contornavam os limites de territorialização das equipes.

A adequação, sob as orientações da Vigilância Sanitária e a RDC 50 nas estruturas das USF favoreceu as atividades educativas realizadas interiormente, em consequência da distribuição das salas no interior da USF, como por exemplo: sala de reunião com agendamento interno de reuniões semanais dos profissionais intercalando com as atividades educativas. A estrutura física da USF somada às formas de trabalho diferenciado foi responsável pelos resultados alcançados. Observou-se, categoricamente, o compromisso entre as unidades de cada DS na busca de melhores indicadores.

Desde os anos 2000, o trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa, visto que não bastam equipes integradas e efetivas para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde. Assim sendo, há uma preocupação de soma e discussão de estratégias focadas na melhoria do Sistema Único de Saúde.[19] Os resultados dessa parceria foram notórios, além da contribuição com a organização do serviço, discussão de diversas situações particulares de cada ESF, capacitações inúmeras tanto para os agentes comunitários como para os técnicos, assessoramento junto a equipe gerencial de cada USF, monitoramento dos indicadores e a busca da melhor integração entre todos os integrantes das USF.

Toda USF precisa de uma gerência. No caso da cidade de Salvador optou-se por uma experiência também inovadora: a comissão gerencial. Cada equipe teve um representante para formar a comissão gerencial. Por exemplo, se havia três equipes dentro da USF, consequentemente seriam três representantes na comissão gerencial. Cada equipe escolheria um profissional, ou mesmo por sorteio, para representá-la por três meses, e assim, sucessivamente. Poderia ser o médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem ou auxiliar de consultório dentário (ACD). Certamente, todos passariam por essa experiência. A atribuição da comissão gerencial foi dividida entre os integrantes, assim, todos os componentes estiveram juntos na gerência da USF. Havia um apoio administrativo, que jamais poderia assumir a gerência da unidade.

A experiência da comissão sanou alguns questionamentos a partir do momento que todos os profissionais estiveram à frente da gerência, crescendo com isso o respeito diante do colega sem qualquer comentário leviano.

A experiência de ter acompanhado as evoluções dos trabalhos da USF Boca da Mata iniciando com o curso de capacitação dos ACS, a construção e reforma da USF

Cajazeiras X e USF Cajazeiras V, e também, a reforma de USF Cajazeiras IV resultou na amplitude da visibilidade do trabalho na Atenção Básica, sendo fruto de persistência na Política de Saúde.

Com o tempo, houve a desativação da equipe de supervisão. Segundo os profissionais, a falta da supervisão foi notada consideravelmente, uma vez que, a equipe oferecia suporte técnico desde a implantação da Estratégia Saúde da Família.

Digo que a experiência vivenciada junto a esfera municipal reforçou, mais uma vez, que a enfermagem é a ciência do cuidado! E, que este cuidado vai muito além da assistência, exigindo assim, uma visão holística diante das condições e/ou situações que corroboram com a oferta do cuidado.

GESTÃO FEDERAL

Em 2013, já na cidade de Brasília atuei como consultora no Ministério da Saúde. Algo desafiador em todos os sentidos, pois paira sobre o profissional a concretização de todo um projeto idealizado, ajustado, planejado e enfim, alcançado!

Partindo do principio que "o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação[2]". Aqui se identifica o poder dos dirigentes do SUS de atuar na política de saúde, interferindo no campo econômico e social.[20] Busca, assim, participar da contextualização com o proposito em ser um profissional colaborativo na questão.

A inserção dos profissionais no Ministério da Saúde acontece de duas formas: concurso ou processo seletivo. O desenrolar profissional dos consultores somam aos concursados, uma vez que a proposta é complementar o quadro efetivo dos técnicos.

Portanto, o almejo profissional junto à gestão federal desafia o profissional frente ao conhecimento técnico para a desenvoltura de sua capacidade, proporcionando a aquisição contextualizada da política de saúde. Uma vez que a gestão propõe formas diferenciadas de somar e sugerir Políticas Públicas de Saúde inovadoras e modificadoras com a simples proposta de melhoria, hoje e sempre.

O Gestor Nacional do SUS formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.[21]

A primeira atuação ocorreu junto à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), Secretaria responsável por formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde do Brasil.

> No contexto nacional, o marco de destaque na política de educação dos profissionais da saúde foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no ano de 2003, que possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de

> iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS.[22]

A operacionalização das ações fortaleceu-se na questão do saber ouvir, se posicionar e ter claridade do contexto político do país. Aqui, vale ressaltar, que não é a questão político partidária, mas a questão da política pública, em que a prioridade é fazer o melhor em prol da sociedade.

Dentro das inúmeras estratégias de trabalho da SGTES, algumas tornaram mais próximas pela atuação direta. Visando a questão da preocupação com o profissional, o Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) buscava qualificar e ou aperfeiçoar os profissionais de nível médio junto á Atenção Primária.

Assim, elencamos as necessidades de capacitação e programamos com atenção redundante para a necessidade do momento, obtendo assim, profissionais qualificados diante da real necessidade.

Já a articulação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) fortaleceu muitos dos municípios do país com carência de profissionais como: médicos, enfermeiros e odontólogos. Essa defasagem técnica impedia que a UBS compusesse as equipes mínimas. A oferta profissional coube ao MS, e o gasto com moradia e alimentação ao município interessado. A viabilização aconteceu através de um cadastro efetuado pelo município junto ao Ministério, assim como, os profissionais o fizeram, destacando sua intenção de trabalho nas localidades disponíveis pelo MS. A bolsa de remuneração ficou a critério do MS diante do acompanhamento do trabalho do profissional.

A compreensão legal e política da saúde favorece a atuação no dia a dia das demandas que surgem, sendo assim, há necessidade de conhecer as diversas legislações que precedem a questão da saúde, dos recursos, das articulações entre os entes federativos, das políticas atuais, e assim por diante.

Posteriormente, o Programa Mais Médicos buscou diminuir a carência profissional médica, uma vez que, a grande centralização desses profissionais permanece na região Sudeste. Obviamente, o critério pela escolha entre os programas também dependeria dos recursos humanos disponíveis. Com a necessidade de contratação dos médicos estrangeiros, juntamente com outros técnicos capacitamos os médicos sobre a Legislação do SUS, antes que estes fossem direcionados para os municípios em questão.

Visando conhecer o desenrolar profissional diante da proposta do programa houve uma demanda na qual, os técnicos do MS viajaram por várias cidades para observar *in loco* o trabalho desses profissionais. Após o nosso retorno, a equipe consolidou os resultados de todas as regiões concluindo de forma positiva os resultados diante da interação profissional perante o programa.

O maior desafio da gestão é justamente otimizar a demanda no contexto atual da saúde, sendo necessário, a vinculação entre os demais departamentos e secretarias favorecendo o conhecimento e a atuação propriamente dita. A política da SGTES favorece a educação contínua dos profissionais da rede em consonância com uma atualização

constante, em que a compreensão legal diante das profissões enriquece e desafia as novas atualizações e propostas de educação permanente. Inclusive os profissionais que participaram do PROVAB e Mais Médicos com bons resultados após dois anos ganharam uma bonificação diante da residência a qual almejavam.

A segunda atuação deu-se na Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI), que é uma área mais técnica. A parceria junto ao Conselho Nacional do Idoso (CNI) e Ministério dos Direitos Humanos (MDH) se fizeram constante, com objetivos parecidos e propostas de trabalho diferenciadas fundamenta-se a pessoa idosa.

A proposta única e perspicaz sempre fortaleceu a pessoa idosa dentro da sociedade. A partir do contexto atual do envelhecimento, pode-se assim refletir:

> Um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Chegar à velhice, que antes era privilégio de poucos, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transformou, no entanto, no grande desafio para o século atual.[23]

Consequentemente, havia uma preocupação, pois se trata de um dos desafios atuais: escassez e/ou restrição de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Esse fato é decorrência do padrão das doenças dos idosos, que são crônicas e múltiplas e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.[24]

Por ter concluído o curso de mestrado em Gerontologia, estava com uma ânsia de compreender a política e ao mesmo tempo buscar a percepção da população sobre a pessoa idosa. Com relatos anteriores, o fato de ter trabalhado no atendimento na UBS, acreditei nas experiências que poderiam fazer diferença.

Como era uma equipe de técnicos discutiam-se ideias e propostas a fim de colaborar com a coordenação e ter a saúde da pessoa idosa mais articulada, uma vez que existiam outros órgãos com essa mesma discussão. O contexto não é simples, mas é necessário!

O envelhecimento é um fato biológico. Envelhecer requer uma forma de aceitação pessoal do próprio processo, variando de acordo com o que cada um vivencia dia a dia. Alguns aceitam mais do que outros, até mesmo porque tem relação com a condição em que a pessoa se encontra. As diversas patologias que muitas vezes acompanham as pessoas idosas interferem na aceitação de um comportamento educativo, buscando-se uma melhor qualidade de vida. Essa é a proposta da COSAPI, pensar e articular meios para intensifica cada vez mais a assistência prestados a pessoa idosa.

> A transição demográfica brasileira apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. Esse processo impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e à atenção domiciliar.[25]

A implementação das ações voltadas à pessoa idosa sempre foi marcante, assim como as experiências exitosas, evento que destacou as atividades em evidências dos municípios. Os munícipios trabalham incansavelmente para demonstrar o retorno do investimento na questão do envelhecimento, uma vez que, tem sido preocupante diante do número de pessoas em processo de envelhecimento o qual traz uma particularidade na assistência do cuidado. Sugestões e trabalhos dos mais diversos modelos e ações a fim de demonstrar a parceria diante da Política da Pessoa Idosa.

Por vários momentos, discutiu-se a respeito da regionalização das consultoras técnicas. Sugestão essa que acompanharia mais de perto cada região do país, diante da grande demanda. O cuidado junto à pessoa idosa desafia dia após dia, e as demandas que chegavam até o órgão federal era algo peculiar do nível municipal. Perdiam as oportunidades de facilitar o atendimento entre o idoso e os familiares, ao mesmo tempo, em que poupa desgaste entre o nível municipal com o nível federal.

A experiência na gestão federal pode elucidar e afirmar, categoricamente, a narrativa de que o enfermeiro tem conhecimento para tal e, portanto, uma ampla percepção do contexto do trabalho. As complexidades das atribuições da enfermagem favorecem na idealização das ideias diante das Políticas de Saúde. Muitas outras articulações poderiam ser feitas, mas as questões eram centralizadas e isso impedia um olhar mais amplo na conjuntura da equipe. No entanto, entende-se como um fator a mais para posterior experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação profissional inserida nas três esferas federativas translucidou a relação da implantação e implementação da Política Pública de Saúde pelo Ministério da Saúde e gerenciadas nos demais entes federativos. A participação na descentralização foi um momento ímpar por meio da vivência histórica com a concretização da Constituição Federal.

Ao se comparar o contexto histórico da saúde ofertada aos usuários com a atual realidade, depara-se com resultados promissores e esperançosos diante do avanço cada vez mais comprometido diante da demanda e da oferta.

A descentralização foi um momento de grandes expectativas! Grande era o questionamento quanto à gestão dos municípios, acredito, até mesmo, que os próprios gestores municipais tinham receio da competência que os cercavam. Aos poucos todos foram compreendendo a capacidade de cada gestor e percebendo que, quanto mais próximo o gestor estivesse do ente federativo, os resultados seriam melhores.

A municipalização elucidava onde se podia chegar. E assim, a Saúde Pública baiana experimentou grandes oportunidades de crescimentos. A determinação pela expansão da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família foi decisiva pela ampliação, e consequentemente, pelos resultados obtidos. Obviamente, o contexto da gestão municipal é diferente da estadual e assim sucessivamente. No entanto, o fato de cada ente ter sua autonomia diante da gestão não descarta a necessidade da compreensão diante das ideias inovadoras em prol da sociedade. É interessante a percepção do conjunto integrado da saúde direcionado para que o Sistema Único de Saúde esteja o mais abrangente possível

dentro das legislações que o vigoram.

As diversas realidades dentro dos mais de cinco mil municípios e a postura individualista partidária dos gestores dificultam a aplicabilidade da contextualização do SUS. Não é questão de se questionar a autonomia do munícipio. A discussão das decisões político-administrativas e suas consequências estão a cargo do gestor, e essa realidade em alguns momentos é lembrada parcialmente, o que empobrece a prática de uma assistência com qualidade.

A experiência de forma ascendente favoreceu na atuação no momento que alcancei a oportunidade de trabalho junto ao órgão federal. No nível central o momento da minha inserção trouxe desafios imensos como a de identificar a fragilidade profissional em grande parte do país, para complementar a composição das equipes de Saúde da Família - a permanência dos profissionais na Região Sudeste – resultando com a uma grande defasagem diante das populações ribeirinhas.

Observar a Política de Saúde do Órgão Federal transluz á dimensão de algumas fragilidades as quais acredito que poderiam ser sanadas com capacitações. Perceber que muitos estados e municípios não enriquecem a oferta da saúde por descuido político torna-se inadmissível, uma vez, que são ofertados os técnicos, cursos e visitas *in loco*, quando solicitado. Para isso, bastam ajustes entre os níveis municipais e estaduais para que tenham uma linguagem única diante da necessidade que reportam.

A identificação da questão legal também foi algo perceptível junto às demandas municipais que chegavam à esfera federal. O desconhecimento ou mesmo o desejo da não compreensão reflete atitudes errôneas. Estar inserido na gestão, independente do nível, obrigatoriamente exige um conhecimento da legislação do SUS e das Políticas de Saúde. Por exemplo, a liberação de fraldas geriátricas a paciente acamado.

Paralelamente a essa situação de compreender a gestão nos três níveis de governo resultou na oportunidade de conhecer uma atuação da enfermagem muitas vezes desconhecida até mesmo pelos próprios colegas. A enfermagem tem a mesma complexidade do cuidar em qualquer lugar do mundo, mas tem uma forma única de exercê-la, e, por isso, a importância da aprendizagem diferenciada na aplicabilidade da profissão.

Com as experiências relatadas acredito poder auxiliar os colegas a focarem no que almejam profissionalmente. E saber que o conhecimento sobre legislação do SUS é tão importante quanto os demais conhecimentos adquiridos.

A enfermagem precisa ter uma representação maior nos órgãos federativos, para buscar meios e estratégias que melhorem a realidade do SUS. O mercado de trabalho dará oportunidades, mas a determinação residirá na proposta de vida e oportunidade.

Preciso ressaltar o que significou essas experiências. Realização profissional. Sim, este é o sentimento. Adquiri muita experiência, aprendi muito, ensinei bastante, compartilhei com muitos colegas de várias localidades deste Brasil, onde se tem “muitos brasis”. Faria tudo novamente, pois ser enfermeiro é exercer a ciência do cuidado e aprendi em esferas diferentes a ser uma cientista da gestão do cuidado.

Ser, ter e fazer a enfermagem colaborando com a gestão do país transluz a certeza que estou no caminho certo. Deslumbrar a categoria como parte forte desta convicção é tudo! Perceber o avanço da enfermagem é um presente profissional, afinal o crescimento

acaba por refletir para a enfermagem de todo país.

Ser enfermagem! Ser diferenciado! Ser pela saúde! Ser pelo SUS!

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

2 Brasil. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: MS; Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde. 2006.

4 Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017.

5 Kessler M, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS, Nunes BP, et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 27(2):e2017389, 2018.

6 Lobato LVC, Martich E, Pereira IF. Prefeitos eleitos. Descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. Saúde Debate, v. 40, n. 108, jan-mar. Rio de Janeiro. 2016.

7 Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Distrito Sanitário. Disponível <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distrito-sanitario>. [Acesso em 19 mai 2020].

8 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de Fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2002.

9 Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 187-200, jan. 2014.

10 Brasil. Portaria Ministerial nº 2.135 de 25 de Setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.

11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. 1ª edição. Brasília. 2016.

12 Brasil. Ministério da Saúde. BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. 2006.

13 Brasil. Ministério da Saúde. Lei 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. 2018.

14 Justo LG, Severo AKS, Felix-Silva AV, Soares LS, Silva-Júnior FL. A territorialização na Atenção

Básica: um relato de experiência na formação médica. Comunicação Saúde Educação. Interface. 21(Supl.1):1345-54. 2017.

15 Heidemann ITSB, Boehs AE, Fernandes GCM, Wosny AM, Marchi JG. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. Ciênc Cuid Saúde; 11(3):613-9. 2012.

16 Quandt FL, Fantin AD, Oliveira JR, Kovaleski DF. Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode. Saúde Transf Soc;4(3):83-90. 2013.

17 Brasil. Lei n° 8142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.

18 Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebos LA, Andrade V. Reuniões da Estratégia Saúde da Família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. Texto & Contexto Enfermagem, v. 28: e20170477. 2019.

19 Peduzzi M, Agrelli HF. Trabalho em equipe e pratica colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (comunicação, saúde e educação) 22 (supl.2):1525-34.2018.

20 Carvalho G. A saúde pública no Brasil. Estudos avançados 27 (78), 2013.

21 Brasil. Ministério da Saúde. Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. [Acesso em: 30 Jun 2020].

22 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e a Educação em Saúde. Disponível: <https://www.saude.gov.br/sgtes>. [Acesso em: 04 jun 2020].

23 Veras PR, Oliveira MR. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciência & Saúde Coletiva, (23)6:1929-1936. 2018.

24 Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. Rev. bras. geriatr. Gerontol; 19(6):887-905. 2016.

25 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Pessoa Idosa. Disponível: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>. [Acesso em: 04 jun 20].

CAPÍTULO 2

A SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 06/12/2020

Tania da Silva Martins
Faculdade Wenceslau Braz
São José dos Campos/SP
https://orcid.org/0000-0003-0185-8562

RESUMO: A supervisão trata-se de um processo educativo e contínuo, que tem como objetivo principal, motivar e orientar os supervisionados na execução de suas atividades, as quais devem ser baseadas em normas, com o intuito de manter elevada a qualidade do serviços prestados. A supervisão de enfermagem exige do profissional, a busca constante por novos conhecimentos, qualificação e desenvolvimento de novas habilidades, as quais devem ser suficientes para permitir um direcionamento correto nas atribuições como supervisor, tendo como objetivo principal, a qualificação da assistência prestada ao cliente. Este artigo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada enquanto supervisora de enfermagem na assistência hospitalar, em 24 anos de atuação profissional em um hospital particular localizado em São José dos Campos – SP, tendo como foco descrever os conhecimentos alcançados nesse período. A metodologia adotada foi a pesquisa qualitativa descritiva baseada em relato de experiência.
PALAVRAS-CHAVE: Supervisão; Enfermagem; Assistência Hospitalar.

NURSING SUPERVISION IN HOSPITAL CARE: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Supervision is an educational and continuous process whose main purpose is to motivate and guide the supervised on their activities, which should be based on standard rules to maintain high quality of the services provided. Nursing supervision requires a constant search for knowledge, qualification, and development of new skills, sufficient to guide the assignments as a supervisor, and the qualification of the patient’s assistance. This article aims to describe the 24 years of professional experience in health care as a nursing supervisor in a private hospital located in São José dos Campos - SP, focusing on the professional achievements during this period. The methodology adopted is qualitative descriptive research based on an experience report.
KEYWORDS: Supervision; Nursing; Hospital Care.

INTRODUÇÃO

A enfermagem atual surgiu a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale no final do século XIX, que acendeu a necessidade de formação de um corpo de enfermagem que tivesse estudo, e que conhecesse sobre anatomia, microbiologia e medicamentos. Com esse movimento surgiram as escolas de enfermagem, e desde então, a enfermagem deixou de ser uma atividade de cunho assistencialista e curativo, e passou a ser a profissão especializada no cuidado da pessoa humana (CARNAÚBA, 2015).

Conforme citado por Silva (apud WALDO et al., 1995), Florence Nightingale sistematizou um campo de conhecimento instituindo uma nova arte e uma nova ciência, para qual é preciso uma educação formal organizada com

bases científicas. Como arte, a enfermagem consiste no cuidar de seres humanos sadios e doentes, cujas ações têm por base, princípios científicos e administrativos; como ciência, a enfermagem fundamenta-se no estudo e na compreensão das leis da vida. Assim, da arte e da ciência da enfermagem emergem suas ações, que são entendidas como cuidar, educar, pesquisar, as quais estão interligadas e compõem as dimensões da atuação dos enfermeiros (SANTOS et al., 2019).

Se a enfermagem for mais científica do que humana, ela perde a essência do cuidado humanizado e individualizado, pois ficará mecânica e destituída de sensibilidade (CARNAÚBA, 2015). Pela resolução do COFEN n°311 de 8 de fevereiro de 2007, a enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas, que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. A enfermagem realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstância de vida (COREN-SC, 2016).

Entre as funções do enfermeiro está a supervisão da equipe de enfermagem. Essa função é tradicional e legalmente atribuída ao enfermeiro, que responde pela gestão do serviço de enfermagem perante o órgão fiscalizador do exercício profissional (CHAVES et al., 2017). A lei nº 7.498/86 de 25 junho de 1986 determina que é "função privativa do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem" (COFEN, 2018).

As características da supervisão têm passado por modificações de acordo com o contexto social, político e momento histórico das sociedades onde as organizações estão inseridas. Percebe-se significativas mudanças entre a supervisão tradicional, centrada na inspeção do trabalho, nas punições e nas falhas, com o caráter estritamente "fiscalizador", e a supervisão atual ou contemporânea, centrada no desenvolvimento pessoal, visando o controle dos processos e resultados, com o enfoque voltado para o desenvolvimento pessoal e com caráter orientador.

Nos últimos anos tem sido evidenciada uma postura mais democrática por parte dos enfermeiros, onde o supervisor passa a se preocupar com o planejamento, desenvolvimento e avaliação do trabalho, visando sua qualidade. Assim, o enfermeiro passa a assumir a função de orientador e facilitador do trabalho, onde os fins desejáveis são propostos conjuntamente pelos auxiliares e técnicos de enfermagem e pelo enfermeiro enquanto supervisor (GAMA; SANHUDO, 2020).

A supervisão emerge como um instrumento gerencial que pode possibilitar o melhor planejamento, implementação e avaliação do cuidado integral ao usuário, bem como a orientação do trabalho da equipe de enfermagem (CHAVES et al., 2017). A supervisão pode ser entendida como um processo dinâmico e democrático de integração e coordenação dos recursos humanos numa estrutura organizada, visando alcançar objetivos definidos em programa de trabalho, mediante o desenvolvimento pessoal (GAMA; SANHUDO, 2020).

Segundo Gama e Sanhudo (2020), a supervisão significa "olhar para cima", de forma abrangente e total, pressupondo que, quem supervisiona tem a qualificação e o conhecimento para desempenhar tal função. Para os autores, os principais objetivos da supervisão são: estimular o desejo de autoaperfeiçoamento em cada sujeito; orientar,

treinar e guiar os indivíduos conforme suas necessidades, de modo que usem suas capacidades e desenvolvam novas habilidades; desenvolver a cooperação enfatizando o "nós" em detrimento do "eu"; proporcionar sempre que possível, condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho, incluindo o ambiente físico, equipamentos e suprimentos, bem como uma atmosfera de trabalho agradável.

Segundo Santiago e Cunha (2016), o exercício da supervisão requer uma visão ampla e gerenciadora do trabalho, constituindo-se em um processo diligente, eficiente, eficaz, contínuo, de valor educativo, de caráter motivador, orientador e auxiliador da gestão de pessoas e de recursos materiais, organizacionais e do processo do trabalho de enfermagem. Compreende-se que a supervisão possui papel de dirigir orientar e adequar o serviço, de forma a alcançar resultados que prezem pela qualidade, ao motivar a equipe a buscar estratégias para solução de problemas e para o processo educativo (CHAVES et al., 2017).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2018), "o processo de supervisão pode ser definido como um instrumento que qualifica a enfermagem, por meio do estímulo de cada profissional, aperfeiçoando os cuidados prestados aos indivíduos e não apenas uma inspeção ou até mesmo vigilância". A supervisão contribui ainda para ensinar, orientar, observar pontos positivos e negativos do serviço, tendo conhecimento da sua equipe de trabalho, sabendo, portanto, organizá-la e distribuí-la de acordo com as necessidades da clientela, e do que cada membro da equipe está capacitado a desenvolver, adequando de forma precisa a qualidade da assistência de enfermagem.

Para que o enfermeiro possa assumir a supervisão em enfermagem, a humanização deve constituir o embasamento de todo o processo, exigindo-se da equipe, produção quantitativa e qualitativa de trabalho, orientando e acompanhando a mesma para o aperfeiçoamento como profissional, e principalmente, valorizando cada um como pessoa humana (GAMA, SANHUDO, 2020).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Esse relato é fundamentado em alguns aspectos mais relevantes na experiência vivenciada como supervisora de enfermagem nos anos de formação profissional. Atuei por 24 anos como supervisora de enfermagem em um hospital de médio porte na cidade de São José dos Campos-SP, tendo como missão, propiciar à sociedade, serviços médicos e hospitalares de alta qualidade, com foco no atendimento em Maternidade, UTI Neonatal, Pronto Socorro Ginecológico e Pediátrico. A equipe hospitalar era composta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, além de equipe administrativa e serviços de apoio em radiologia, laboratório, nutrição, limpeza, higienização e segurança.

Fui contratada para o cargo de supervisora de enfermagem apenas três meses após a conclusão do curso de graduação. Para Garcia, Gomes e Antón (2020), "a graduação em enfermagem tem como objetivo formar profissionais de enfermagem generalistas, com preparação científica, humana, e capacitação suficiente para avaliar, identificar e implementar as necessidades de saúde e cuidados de pessoas saudáveis ou doentes, das

famílias e comunidades” (ORTEGA et al., 2015).

Durante o período de formação no curso de graduação, recebi o conteúdo teórico-prático de administração em enfermagem e outras disciplinas. Porém, como enfermeira recém formada, iniciando como profissional no mercado de trabalho, deparei-me com a dificuldade em aplicar na prática os conhecimentos então adquiridos, devido aos objetivos e a filosofia da instituição da qual estava inserida. O início da carreira como enfermeira foi desafiador, especialmente no período de adaptação e treinamento.

A responsabilidade de assumir o cargo de chefia me trouxe, inicialmente, um sentimento de insegurança e incerteza ao liderar as tomadas de decisões, e ao realizar procedimentos técnicos de maior complexidade, uma vez que meu desempenho como enfermeira era constantemente observado e avaliado pela equipe de trabalho. Em consequência disso, no início, o trabalho muitas vezes era desenvolvido com um certo grau de ansiedade.

Do enfermeiro é exigido conhecimento e habilidade, isto é, que conheça o que faz e que o faça corretamente, além de atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos. É, portanto, exigido que ele seja competente naquilo que faz, bem como garanta que os membros da sua equipe tenham competência para executar as tarefas que lhe são destinadas (MARQUIS e HUSTON, 1999, apud CUNHA e XIMENES NETO, 2006, p.481).

Partindo da premissa de que a liderança é competência passível de ser aprendida, a formação do enfermeiro gerente em liderança possibilitará que ele seja agente de mudanças na organização do processo de trabalho de sua equipe, e consequentemente, na assistência prestada ao cliente (SILVA et al., 2016). Como enfermeira no exercício de minhas funções, tinha como objetivo de trabalho a melhoria da assistência de enfermagem através do planejamento e direcionamento das atividades de assistência à equipe de enfermagem, porém, devida a várias atribuições inseridas no plano de trabalho, o fator supervisão deixava de ser realizado de forma particular.

No cotidiano as resoluções eram necessárias para o bom andamento do serviço. Entre elas, destaco o remanejamento da equipe de enfermagem em consequência de faltas e atestados médicos, contato com a equipe médica para resolução de assuntos pendentes, contato com outras instituições para a solicitação de vagas para transferências, agendamento de exames, acomodação de pacientes, dimensionamento de vagas para internação, chamadas de serviço para manutenção, laboratório, serviço de imagens e outros.

Dependendo da problemática da situação, as resoluções levavam determinado tempo para serem resolvidas, mas sempre buscando proporcionar ao cliente uma boa qualidade de serviço prestado. Os enfermeiros gerentes que atuam na área hospitalar desenvolvem múltiplas tarefas com alto grau de exigência, e tais tarefas podem interferir na qualidade do cuidado, a depender da forma como está organizado o seu trabalho e dos conhecimentos e práticas de liderança adotados (SILVA et al., 2016).

De modo geral, a equipe de enfermagem convive com situações consideradas estressantes no cotidiano de seu ambiente de trabalho, entre elas estão as mudanças na rotina de trabalho, rotatividade do setor, sobrecarga e jornada dupla de trabalho, grau

de dificuldade da assistência prestada, além de relacionamento entre os membros da equipe, os quais podem colaborar para o desiquilíbrio emocional. Segundo Freitas et al, os profissionais de enfermagem estão diariamente sujeitos a situações desgastantes, seja pela proximidade com os pacientes, pelas tarefas desempenhadas e/ou pelos aspectos próprios do ambiente de trabalho e sua organização. O estresse excessivo provoca reação de esgotamento profissional em seu ambiente (FREITAS et al., 2015).

Outro fator causador de ansiedade na enfermagem é o processo decisório, ação relacionada ao serviço de enfermagem e administrativo. No processo de trabalho, deparei com várias situações em que a tomada de decisão tinha que ser rápida, sem tempo para reflexão e análise da questão. A equipe sempre espera que sua decisão como enfermeira seja assertiva, a fim de proporcionar ao cliente uma boa qualidade na assistência prestada, além de tranquilidade aos membros da equipe, portanto, o processo decisório na assistência de enfermagem deve estar fundamentado em conhecimento científico.

Convém ressaltar que o processo de tomada de decisão pode ser compartilhado com outros membros da equipe. Conforme Marquis e Huston (1999, apud CUNHA e XIMENES NETO, 2006, p.481), “a tomada de decisão faz parte do contexto do trabalho dos enfermeiros, uma vez que necessitam analisar situações que envolvem a assistência de forma direta e indireta, no intuito de tomar decisão apropriada para as diferentes situações que se apresentam. Nesse sentido, o processo de tomada de decisão envolve análise de problemas de forma sistematizada, o que não garante total acerto, mais reduz a margem de erro e torna o profissional mais seguro para o enfrentamento das novas situações” (MORETA et al., 2019).

Muitos fatores estressantes vivenciados no ambiente de trabalho podem desmotivar os colaboradores na execução de suas atividades, reduzindo a qualidade do seu serviço. Também cabe a supervisão a aplicação de punições como advertência e suspensão de trabalho, ações que também possuem cunho desmotivador. Outros fatores denominados desmotivadores são aqueles adotados pela instituição, no qual o colaborador discorda. Como supervisora procurei adotar algumas ações, para de certa forma, motivar a equipe de trabalho, como manter diálogo com os colaboradores, saber ouvir, valorizar, elogiar o desempenho, além de ser resolutiva e participativa, mantendo o respeito, sem agir com autoritarismo. Segundo Silveira, Stipp e Mattos, “o trabalho para ser bem executado, depende de pessoas motivadas e satisfeitas, para que possam se envolver com a vida da instituição e consequente qualidade no atendimento” (SILVEIRA; STIPP; MATTOS, 2014).

A supervisão de enfermagem também engloba a educação em seu processo de trabalho, e atuar como educadora da equipe fez parte constante desse processo de melhoria, que foi se concretizando através de treinamentos, orientações e atualizações nas rotinas de trabalho, objetivando aplicar conhecimento a equipe, para melhoria da qualidade do serviço. Apesar dessas atividades serem programadas, muitas vezes não eram realizadas devido a dinâmica do processo de trabalho, que impedia disponibilizar o profissional para o treinamento, que era depois realizado em outra ocasião. Dependendo da complexidade do assunto abordado, alguns participantes encontravam dificuldade para assimilar o conhecimento, sendo necessário reciclagem da prática no ambiente de trabalho.

Collares, Moyses e Geraldi (1999) conceituam a Educação Continuada como “um

instrumento que tem como objetivo, a formação social e intelectual, fundamental para o aperfeiçoamento das habilidades de visão e construção de conhecimento, mesclando a teoria à prática, realizada em um processo contínuo (SAMPAIO et al., 2016).

Estar atualizada com o serviço de enfermagem foi primordial para o meu crescimento, tanto no âmbito pessoal quanto profissional. Adquiri novos conhecimentos por meio de cursos que contribuíram para melhoria do meu desempenho profissional, como a pós-graduação em nível de especialização em Enfermagem Obstétrica, curso de Habilitação no uso de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e outros cursos de aperfeiçoamento na área hospitalar. Também contribuíram nesse contexto, a experiência extra-hospitalar em saúde pública, atuando no programa "Saúde da Mulher", além de supervisão de estágio de alunos do curso de auxiliares de enfermagem.

O setor da saúde é uma área que sofre constantes mudanças e avanços no conhecimento através da pesquisa e introdução de novas tecnologias. Por essa razão, é essencial que os profissionais de saúde se atualizem e complementem sua formação acadêmica, com o objetivo de oferecer assistência qualificada e prática baseada em evidência cientifica, além de ter uma formação contínua, iniciada na formação básica, e sendo constante ao longo da vida profissional (ORTEGA et al., 2015).

Ao longo desses anos compartilhei a responsabilidade da supervisão com várias companheiras de trabalho, cada uma com sua particularidade de visão, de ideias, conhecimento e experiência. Algumas motivadas e comprometidas com o serviço, e outras pouco comprometidas com os fundamentos da supervisão e da instituição. Considero fundamental manter a interação e a comunicação com os companheiros de serviço, afim, de manter o alinhamento de ideias, troca de experiências e opinião nas tomadas de decisões. Na gestão compartilhada, a liderança cumpre um papel de coordenação baseada em confiança, motivação, credibilidade, parceria, apoio, conhecimentos e habilidades sobre o trabalho a ser desenvolvido e objetivos a serem alcançados (PIRES et al., 2016).

Com o decorrer dos anos, em consequência da demanda da clientela que se mostra mais exigente e de novas tecnologias inseridas no serviço hospitalar, entre elas, a informatização, foi sendo necessário elaborar novos planos de ação para a melhoria da assistência de enfermagem, como a revisão e criação de novos protocolos de procedimentos de enfermagem, implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como também a contratação de novos enfermeiros para o quadro funcional. Segundo Dutra e Sanhudo, os usuários estão mais cientes de seus direitos, e o acesso à informação, tornou-se uma arma poderosa de reivindicações e mudanças (DUTRA; SANHUDO, 2019).

O processo do trabalho da enfermagem envolve o cuidar, assistir, administrar, gerenciar, pesquisar e ensinar (GIOVANNE et. al. 2014). A equipe de enfermagem proporciona ao cliente uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada através de ações que devem ser norteadas pelo processo de enfermagem.

O processo de enfermagem é apontado pela Resolução COFEN 358/09, que dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados. A resolução destaca que o processo de Enfermagem é a ferramenta de gerenciamento do cuidado direto ao paciente que o

enfermeiro dispõe para proporcionar uma assistência de qualidade de com menor risco (DUTRA; SANHUDO, 2019).

Também encontramos dificuldades na elaboração e aplicação no processo de Enfermagem, a princípio, por despreparo da equipe e outras atribuições do serviço de enfermagem. Porém, aos poucos, essas dificuldades foram sanadas através da participação de cursos direcionados para Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE).

Como supervisora de enfermagem voltada para a assistência, tive como objetivo direcionar e orientar a equipe para o cuidado mais humanizado, que acredito ser o caminho para qualificar o atendimento, uma vez que o cliente quer ser tratado com respeito, carinho e compreensão. Por humanização da saúde compreende-se a garantia de condições dignas de atendimento e tratamento da pessoa, independente do seu poder aquisitivo, sendo respeitada a sua dimensão corpórea, espiritual e humana (CAMPOS; SILVA, DIAS, 2012).

A supervisão trata-se de um processo educativo e contínuo, que tem como objetivo principal, motivar e orientar os supervisionados na execução de suas atividades, as quais devem ser baseadas em ações, com o intuito de manter elevada a qualidade do serviço prestado. A supervisão de enfermagem exige do profissional, a busca constante por novos conhecimentos, qualificação e desenvolvimento de novas habilidades, as quais devem ser suficientes para permitir um direcionamento correto nas atribuições como supervisor, tendo como objetivo principal, a qualificação da assistência prestada ao cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das experiências vivenciadas nesses 24 anos de profissão, a atuação como enfermeira supervisora de enfermagem na assistência hospitalar foi relevante no que tange ao ato de cuidar, com transformações que influenciaram positivamente minha vida pessoal e profissional. Na enfermagem pude contemplar a vida do nascimento ao óbito.

Além do trabalho burocrático, o toque, o contato direto com o paciente e ser empático, sempre foi respaldo para que o meu dia de trabalho fosse importante. Manter uma comunicação direta com o paciente e sua família, saber ouvi-lo, dar uma palavra de apoio, esclarecer suas dúvidas e preocupações em seu momento de dependência e fragilidade, é fundamental para estabelecer um relacionamento de confiança e segurança. No entanto, dar ênfase para o processo de humanização, contribui para incentivar a equipe de enfermagem na prestação de um serviço humanizado.

Aprendi a usar a inteligência emocional para lidar com as dificuldades e as pressões do dia a dia geradas no ambiente de trabalho, como também as diferenças de comportamento das pessoas. Estabelecer um bom relacionamento com a equipe é essencial para manter o ambiente de trabalho harmonioso e humanizado. Convém ressaltar que, não é agindo com autoritarismo que se impõe respeito, mas sim, através das nossas atitudes como profissional na condução do trabalho.

Com o decorrer do tempo, pude desenvolver a capacidade de ter um olhar mais amplo no ambiente de trabalho, tornando as tomadas de decisões assertivas na resolução dos problemas, colaborando com a interação entre a equipe de enfermagem e o paciente,

e a integração interdisciplinar. Considero que na enfermagem o aprendizado é contínuo, os erros e os acertos no cotidiano servem para o nosso crescimento pessoal e profissional. Ser responsável por uma equipe não requer somente conhecimento e habilidade, requer também a capacidade para aceitação de críticas construtivas ou não, responsabilidade e comprometimento com o serviço.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, H.L.M.; SILVA, F.N.; DIAS, F.V. Humanização da saúde na fisioterapia: uma revisão sistemática sobre a perspectiva filosófica desse conceito. **Fisioterapia Brasil**. v.13, n.5. Set. Out. 2012.

CARNAÚBA, F. P. **Enfermagem e Ciência**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2015. 200 p.

CHAVES, L.D.P.; MININEL, V.A.; SILVA, J.A.M.; ALVES, L.R.; SILVA, M.F.; CAMELO, S.H.H. Supervisão de Enfermagem para a integridade do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.70, n.5 Brasília. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491.

COFEN. Parecer n°02/2018/COFEN/CTLN. **Organização de Enfermagem**. Definição da Supervisão de Enfermagem. Brasília, 2018.

COLLARES, C.A.L.; MOYSES, M.A.A.; GERALDI, J.W. Educação continuada: a política da descontinuidade**. Educação e Sociedade**. v.20, n.68. Dez. 1999.

COREN-SC. **Série Cadernos Enfermagem.** Legislação Comentada: Lei do Exercício Profissional e Código de Ética. v.3. Florianópolis: Letra Editorial, 2016. 137 p.

CUNHA, I.C.K.O., XIMENES NETO, F.R.G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto & Contexto Enfermagem**. v.15, n.3, p.479-82, Jul./Set. 2006.

DUTRA, H.S.; SANHUDO N.F. **Gerência em enfermagem.** Universidade de Juiz de Fora. Departamento de Enfermagem Básica. UFJ, Mar. 2019.

GAMA, B.M.B.M. SANHUDO, N.F. **Supervisão em enfermagem e coordenação em enfermagem**. Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de Enfermagem Básica. 2020.

GARCIA, C.; GÓMEZ, G.C.I.; ANTÓN, H.F. La comunicacion interprofissional desde la cultura organizacional de la enfermeira assistencial. Culturade los cuidados. **Revista Enfermagem Humanidades**. 31:85-92. (7). 2011.

GIOVANNE, A.R.; RODRIGUES, C.S.; SOUZA, D.C.; COSTA, D.S.; RIBEIRO, E.P.; SILVA, J.O.; FERREIRA, J.C.F.C.; SALLES, K.S.; OLIVEIRA, M.V. **Gerenciamento de enfermagem e o trabalho em equipe.** Universidade Paulista UNIP. São Paulo. 2014.

FREITAS, R.J.M.; LIMA, E.C.A., VIEIRA, E.S.; FEITOSA, R.M.M.; OLIVEIRA, G.Y.M.; ANDRADE, L.V. Estresse do enfermeiro no setor de urgência e emergência. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, 9 (supl.10): 1476-83, Dez. 2015.

MORETA, K.F.; CECAGNO, D.; WEYKAMP, J.M.; MOURA, P.M.M.; BIANA, C.B.; PORTO, A.R., MARQUES, V**.** Processo de tomada de decisão no trabalho em uma maternidade: Vivências de enfermeiros. **Revista Enfermagem Atual in Derme** – Suplemento 2019;87.

ORTEGA, M.D.C.B.; CECAGNO, D.; LIOR, A.M.S.; SIQUEIRA, H.C.H.; MONTESINOS, M.J.L.; SOLER,

L.M. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação as atividades de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 23(3): 404-10. Mai. Jun. 2015

PIRES, D.E.P.; AMADIGI, F.R.; ALBUQUERQUER, G.L.; LORENZETTI, J. **Enfermagem: Desafios em um contexto complexo**. Primeira Conferência de enfermagem. Florianópolis. Jul. 2016.

SAMPAIO, A.T.L.; PEREIRA, F.C.C.; NELSON, I.C.A.S.R.; ROCHA, K.M.M.; COSTA, S.A.A.A.; PAULINO, T.S.C. Educação continuada em enfermagem e as perspectivas cientificas: uma breve Análise Integrativa. **Revista Humano Ser – UNIFACEX**, Natal – RN, v.1. n.1, P.39-48, 2016.

SANTIAGO, A.R.J.V.; CUNHA, J.X.P. Supervisão de enfermagem: instrumento para promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**. v.4 n.3 p. 443-448. Set. Dez. 2011.

SANTOS, E.C.G.; VALENTE, G.S.V.; MESSIAS, C.M.; VALOIS, C.B.C.; ALMEIDA, Y.S.; CAPETINI, A.C.; FIRMINO, J.M.S.; ROCHA, V.B.C.B. A identidade social da enfermagem e as interfaces com a decisão profissional do acadêmico. **O conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 2.** Ponta Grossa (PR): Atenda Editora, 2019. DOI 10.22533/at.ed.6881912033

SILVA A.L. **O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica**. IN: WALDO, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. Maneiras de Cuidar, **Maneiras de Ensinar:** a Enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas: 1995. p.41-59. (2).

SILVA, V.L.S.; CAMELO, S.H.H.; SOARES, M.I.S.; RESCK, Z.M.R., CHAVES, L.D.P.; SANTOS, F.C.; LEAL L.A. Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros e gestores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** 207; 51:2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024403206

SILVEIRA, C.D.; STIPP M.A.C.; MATTOS, V.Z. Fatores intervenientes na satisfação para trabalhar na enfermagem de um hospital no Rio de Janeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Jan/Mar. 2014. DOI: 10.5216/ree.v16i1.21002

CAPÍTULO 3

A PRÁTICA DA DOCÊNCIA E A METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA NO ENSINO DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 06/12/2020

Maria Cristina Porto e Silva
Faculdade Wenceslau Braz
Pouso Alegre/MG.
http://lattes.cnpq.br/7269813499351658

RESUMO: No curso de Enfermagem, o professor é um dos mais importantes agentes do processo de formação, na qual irá conduzir para o fortalecimento da prática do cuidar e se responsabilizar pela capacitação do exercício da profissional. Ele é o veículo para o processo aprendizagem. É importante uma prática educativa que priorize o desenvolvimento da capacidade crítica do educando, pois é o homem que determinará uma realidade por meio de sua capacidade de intervenção. O docente, no processo de construção do conhecimento, junto com o aluno, tem grande destaque porque vai nortear o construir por meio das ferramentas metodológicas, na qual a avaliação, importante instrumento para compreensão da evolução do ensino aprendizagem, vai conduzir para a formação por competência, habilidades e conteúdos curriculares. É necessário que se conheça o verdadeiro papel do professor no processo educacional para construção de um ensino reflexivo e coerente com a realidade atual. Na docência é importante atender as Diretrizes Curriculares Nacionais que requer a prática técnico-cientifica competente atendendo a necessidade deste aluno de forma qualificada, segura e resolutiva, valorizando os conhecimentos prévios para construção de novos saberes na inserção ativa e participativa deste aluno. Portanto este estudo teve como objetivo descrever a experiência na docência por meio do uso da metodologia ativa baseando na problematização no curso de Graduação de Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Docente; Ensino; Enfermagem;

ABSTRACT: In the Nursing course, the teacher is one of the most important agents in the training process, in which he will lead to the strengthening of the practice of caring and take responsibility for the training of the professional. It is the vehicle for the learning process. An educational practice that prioritizes the development of the student's critical capacity is important, as it is the man who will determine a reality through his intervention capacity. The teacher, in the process of knowledge construction, together with the student, has great prominence because it will guide the construction through the methodological tools, in which the evaluation, an important instrument for understanding the evolution of teaching and learning, will lead to training by competence, skills and curriculum content. It is necessary to know the true role of the teacher in the educational process to build a reflective and consistent teaching with the current reality. In teaching, it is important to comply with the National Curriculum Guidelines, which requires competent technical-scientific practice, meeting the needs of this student in a qualified, safe and resolute way, valuing previous knowledge to build new knowledge in the active and participative insertion of this student. Therefore, this study aimed to describe the teaching experience through the use of active methodology based on problematization in the Nursing Undergraduate course.

KEYWORDS: Teacher;Teaching;Nursing

INTRODUÇÃO

Aprender é um processo que se inicia com nascimento e não para mais, na qual envolve uma diversidade de fatores relacionado com o sujeito que aprende e com contexto histórico, social e cultural vivido pelo individuo. O ser humano está sempre em aprendizado e desta forma formulando nova aprendizagem, que ocorre de forma individualizada e gradual, cada um aprende no seu ritmo e contexto social construindo e reconstruindo seu conhecimento.[7]

A prática da docência diária é a construção do conhecimento caracterizada por desafios em mostrar uma educação ativa com métodos que atendam os objetivos da aprendizagem. A educação vem se aperfeiçoando em busca de um aluno protagonista do seu processo de aprendizagem.[6]

O país passou por mudanças e transformações politica, educacional e de saúde, e desta forma refletindo em um pensar na formação de profissionais que poderia atender as necessidades do tipo de sistema de saúde que se propõe a atender a população, neste sentido atender a proposta do SUS é preciso capacitar enfermeiros que contribua eficientemente para formação profissional e que atenda as necessidades sociais de saúde, indo além das competências inerente a enfermagem, mas ser critico e reflexivo, comprometido com a ética e cidadania.[6]

A educação e a enfermagem uniu o desejo de transformar a aprendizagem o meio de ter pessoas com atuação comprometida com a transformação social. Importante ter enfermeiros que reflitam e articulam com o contexto social.

Pensando na enfermagem como a profissão que cuida, como cuidar mediante a tantos conflitos sociais e mudanças no comportamento do ser humano? Preparar pessoas para assistir o bem mais precisoso que se tem, a vida, é desafiar os métodos de ensino para inserir profissional bem preparado em todos os contexto vivido pelo ser humano.

O cuidado ao paciente está inserido na prática de enfermagem, na qual há importância da ética para nortear o cuidado a vida que é um bem valioso, com a valorização da sua própria vida para respeitar a do outro em sua complexidade e escolhas.[1]

Cuidar na enfermagem mostrou ser um esforços transpessoal de um ser humano para outro, na busca da proteção, promoção e preservação da vida, e neste proposito ajudando-o a encontrar o significado na doença e na dor.

A vivencia na enfermagem pode despertar na vida pessoal um modo de estar com outro nas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde até a morte. Aproximar de um ser humano com capacidade de colaboração e de solidariedade para com o próximo, contribui para prestação de um cuidado, quer na dimensão pessoal quer na social, humanizado, virtude que integra valores. Portanto compartilhar com outras pessoas as experiências do cuidado é oferecer oportunidade do outro perceber a importância do exercício da compaixão e o do amor pelo que faz.

Sendo assim, a trajetória do ser enfermeiro docente foi se revelando, o cuidado que revelou o modo de ser enfermeiro construído através das vivencias cotidianas, legitimou

como opção encontrada a do ensinar-aprender o cuidado.

Atuação que tenho na docência em disciplinas de Anatomia, Metodologia do Cuidado, Saúde da Mulher, Saúde Coletiva e Gerenciamento da Saúde Coletiva do curso de bacharelado de enfermagem vivenciada por mim desde 2005, me lapidou para o ensinamento comprometido com a transformação do ensino na enfermagem, buscando o desenvolvimento do raciocínio clinico, favorecendo as habilidades da autoaprendizagem e aumentando a motivação para o estudo da enfermagem.

A prática do enfermeiro tem sido a de chefiar unidades, elaborar plano de atividades e escala de plantões, prever material e pessoal, supervisionar atividades, revisar as medicações controladas, visitar os pacientes, além de outras atividades. No entanto, as escolas, apesar de enfatizarem as áreas de administração e gerenciamento, ensinar um cuidado individualizado respeitando as diferenças e as escolhas, na qual o paciente deve estar inserido no cuidado, despertou em mim a docência como fator integrante do ser enfermeiro no mundo globalizado.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de formação acadêmica, requerem do formando uma atuação técnico-cientificamente competente, mas também uma atuação qualificada, eficiente, segura e resolutiva nos diferentes campos de prática profissional. A formação do profissional enfermeiro, nessa diretriz requer que as linhas metodológicas de ensino valorizem a aplicação dos conhecimentos obtidos em aulas teóricas e o desenvolvimento de projetos práticos, capazes de construir novos saberes pela inserção ativa e participativa dos estudantes.[4]

Dessa forma, o saber não pode mais ser considerado como algo a ser memorizado, incorporado, herdado ou transmitido, mas como algo que deve ser conjuntamente construído. Conhecer é integrar a informação no referencial do sujeito, tornando-a significativa para ele.[4]

O conhecimento não se passa, ele se cria, se constrói, ele se dá sempre como uma assimilação ativa do sujeito, desta forma fui construindo a experiência de ser docente frente ao um mundo em constante mudanças e transformações.

Portanto o compromisso com a formação de novos profissionais foi trazendo novos rumos na enfermagem. O profissional enfermeiro está diante das transformações do mundo moderno, e deve pensar de forma crítica, possuir competências com compromissos éticos e de cidadania, autonomia, capacidade de resolver problemas, refletir e transformar a sua prática, porque apenas as habilidades técnicas não suprem mais as atuais necessidades do ser humano. Considerando que ensinar o cuidado representa um momento de encontro do ser-professor com o ser-aluno, onde ambos se colocam no contexto, com suas necessidades, informações, aspirações e vontades e estabelecem-se aí oportunidades de aprendizado para ambos.[5]

Para cumprir um conceito de construção do conhecimento, o transcorrer da docência despertou para um caminho de busca de uma metodologia que se enquadra com a formação crítica e reflexiva, sendo assim, o encontro do ser enfermeiro docente com uma prática pedagógica transformadora e participativa comprometida com a mudança social.

Procurei na docência a busca da troca de experiência entre professor e aluno introduzindo conceitos e compreensão do processo do cuidado. Para que se estabeleça

uma relação construtiva entre professor e aluno e se tenha um processo educativo satisfatória é necessário que seja baseada na confiança, afetividade e respeito, tendo o docente a função de orientar o estudante para o seu crescimento, assumindo uma posição de facilitador do processo de ensino, transferindo ao discente o protagonismo da construção do seu conhecimento. Por conseguinte, esta relação é permeada pelo respeito mútuo e valorização da autonomia dos sujeitos.

A formação pedagógica do aluno de Enfermagem contemporâneo exige articulação entre teoria e prática, diversificação dos cenários de aprendizagem, metodologias ativas da articulação da pesquisa com o ensino e a extensão, flexibilidade curricular, a interdisciplinaridade da incorporação de atividades complementares, a avaliação da aprendizagem, processo de acompanhamento, avaliação e gestão do curso, mas sempre tendo como foco o aluno que é o sujeito desse processo de formação. O exercício da docência em Enfermagem exige, além dos saberes diversificados, aprendizagem contínua, considerada como fundamental na carreira profissional, deve estar alicerçada pelo aporte de saberes do professor, o que requer a busca constante por atualização na sua área de docência.[3-8]

A docência me ensinou a buscar sempre mais o conhecimento e levar cada vez mais uma maneira de ver e viver a enfermagem além das técnicas, mas o compromisso com a ética e com o respeito a pessoa humana.

A vivencia como docente em sala de aula e na prática supervisionada instigou a meditar sobre a prática diária tanto na assistência quanto na pedagógica. A importância da experiência na assistência de enfermagem aliada a sala de aula, embasando o confronto da prática com a teoria, trouxe para academia como crescimento o saber ensinar através da realidade vivida. Essa associação, teoria com a prática, estimulada pelo docente favorece ao aluno a assimilação do conteúdo, e é um complemento para o aprendizado.

Além do ensino aprendizagem o curso acadêmico possibilita também reflexão e construção de conhecimento que permeia temas como relacionamento aluno-paciente, questões éticas e morais, assuntos estes que irão refletir no trabalho em equipe na vida profissional. Este é o momento de considerações importante a serem feitas junto com os alunos para que o mesmo reflita em seu desempenho como futuro profissional. A docência vai além de preparar o profissional, mas mostra caminhos para que aluno assumem como agente ativo na construção da aprendizagem e assim formarem opiniões que transforme o meio onde estarão como futuro profissionais.

O ensino de enfermagem sofreu transformações em decorrência dos momentos político-social, além das ocorridas na saúde que de alguma forma refletiram na enfermagem. Portanto a formação acontecia de acordo com a realidade do momento, na qual a indústria hospitalar ia ganhando espaço, e assim uma formação biologicistas-curativista. No entanto a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em seu capitulo IV artigo 43 define a finalidade do ensino superior "estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo" e as Diretrizes Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCNs) visando a formação do enfermeiro "deve possuir, também, competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas contextualizadas, além de "deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de

Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento", ainda com o compromisso social.[6]

Desta forma as leis instigaram a busca na mudança de ensinar e aprender integrando metodologias de ensino que favoreça uma formação reflexiva, comprometida com uma saúde integral. As ferramentas para alcance dos objetivos deverão interagir com a finalidade que se quer atingir com o discente, isso motiva criar situações para agir frente a um problema.

Assim venho ensinando, a partir da problematização que norteia a construção de novos conhecimentos e ressaltando os já existentes. Trata-se de uma ferramenta que usa uma situação problema na qual o aluno vai identificando os reais e potenciais problemas presentes, e desta maneira vão entendendo como foram surgindo, baseado em seu conhecimento cientifico e prático. Nesse momento o discente tem oportunidade de desenvolver suas competências voltadas para saúde e desenvolvendo novo saberes, ressaltando os já apreendidos, e assim uma prática dialógica, crítica, reflexiva e libertadora.

Como instrumento para se atingir uma prática pedagógica inovadora, a problematização sustentada nos princípios teóricos metadologico de Paulo Freire, favorece a construção conhecimento e valorização do dialogo. O uso da problematização como método de ensino tem como ponto de partida um cenário real para a construção do conhecimento a partir da vivencia de experiências significativas.[2]

A problematização é um instrumento da prática pedagógica na qual há identificação de uma situação problema. A partir de uma realidade concreta do sujeito, cria o conflito cognitivo, a que se pretende buscar o referencial do aluno, analisa criticamente, sendo provocado o desvelamento da realidade, e com base num referencial cientifico e conhecimentos necessários farão a compreensão e depois intervenção oportuna.[9]

Para se chegar ao objetivo com a prática e necessário que se desenvolva as etapas de observação da realidade, pontos chaves que são os problemas, a teorização, a hipóteses e aplicação da realidade, que será a intervenção.[9]

Essa maneira de ensinar veio ao encontro do que buscava para que eu fosse um docente comprometido com a prática da enfermagem, sair do formato tradicional, na qual o professor é o dono do saber e controla o que outro aprende, para uma formação dinâmica gerando novo saberes e desenvolvendo individuo critico reflexiva preparando o futuro profissional autônomo e criativo, capaz de intervir em problemas.

Essa forma de ensinar me estimulou a reinventar e trazer para sala de aulas novas propostas de aprendizagem, repercutindo no processo de formação do aluno, permitindo uma interação entre docente e discente. Como professor, desejar sempre o melhor e almejar a proximidade com discente detectando suas necessidades que de alguma forma impedem a transformação e construção do saber.

Durante a trajetória como docente, vivenciei uma boa parte utilizando métodos de ensino tradicionais, até perceber que na aprendizagem o docente não deve ser o único sujeito ativo no processo ensino-aprendizagem, portanto à procura de novas ferramentas. Quando percebi que poderia ter outros caminhos na educação, comecei a ver o ambiente da escola mais perto da realidade profissional, foi quando experimentei trazer o hospital para sala de aula.

Foi gratificante, pois o retorno que esperava me surpreendeu as experiências e os conhecimentos adquiridos da vida e na academia, fizeram os alunos darem os passos para efetivar o novo saber.

Percebi que o aluno pode ir além da condição de mero ouvinte, ele traz consigo bagagem de conhecimento para interagir com a situação realística e também discutir assistência ao paciente. Esse momento é importante para vivencia em grupo em sala de aula, simulando o trabalho em equipe e busca pela resolução dos problemas de maneira reflexiva e critica. Essa forma de ensinar possibilitou o exercício da liderança quando em grupo eles delegam e toma a frente para tomada de decisões, quando todos participam nas divisões de tarefas do grupo e esboçando o caminho da assistência por meio do trabalho em equipe, os alunos vivencia a cooperação.

Desta forma proporcionar a construção do conhecimento em várias dimensões e partindo do princípio do aluno como sujeito ativo e inovador do seu conhecimento é preparar o aluno para assistência integral e humanizada. Desenvolver a autonomia e a criatividade para articular estratégias para melhor assistir, consequentemente estaremos preparando pessoas mais responsável com o bem social e uma visão biopsicossocial e espiritual do paciente.

Assim fui construindo a melhor forma para ensinar e buscar a realização como docente, um professor que esteja preocupado com a forma de cuidar e com transformação do meio social onde estarão inseridos.

A caminhada na docência e na enfermagem contribuíram para experiências novas e inovadora, ser professor enfermeiro deve estar pautado em conhecimentos técnico e habilidades teóricas, alicerçado pela experiência profissional, apreendidas de vivencias concretas construindo assim a minha identidade como professor enfermeiro.

Ao pensar enquanto enfermeiro na assistência e convivência com outros profissionais, favoreceram a identificação de exemplos e posturas positivas e negativas que reforçam a reflexão constantes das atitudes corroborando com o que é importante ensinar e aprender, analisando e estimulando exercício critico e reflexivo enquanto enfermeiro e professor .

Sendo assim, a construção do ser enfermeiro professor na academia se deu pautado na experiência vivida enquanto profissional do cuidar, e através da profissão foi possibilitado novas descobertas e constante aprendizado para melhor exercer e preparar novos enfermeiros. Desempenhar a ação de ensinar promove a renovação e a satisfação de poder contribuir para uma enfermagem mais preocupada com o assistir e cuidar em tempos conturbados e em constantes mudanças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante uma reflexão sobre como estão sendo preparando futuros profissionais da enfermagem, na qual pensar e objetivar uma atuação que não seja tecnicista e nem medicalizada , para isso se faz necessário o rompimento com formação tradicional na qual vem por décadas sendo utilizado, o que explica a busca por discussões sobre mudanças no ensino da enfermagem ganhando amplitude os assuntos relacionadas as metodologias inovadoras no ensino-aprendizagem.

Para o docentes, as novas metodologias tornam a prática pedagógica desafiadoras, uma vez que é necessários princípios da pedagogia critica, nesse processo o discente passa a ser agente ativo do seu aprendizagem, e para a instituição, desafiada a avaliar e mudar a grade curricular dos moldes tradicionais que se apresenta conteúdos fragmentado e dicotomizado no aspectos teóricos e práticos, para modelo que potencializa a ação de questionar, construir, discutir, trabalhar em grupo tornando profissionais mais ativo na sociedade capazes de transformar o meio onde atuarão.

REFERÊNCIAS

[1] Backes DS, et al. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 421-6. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a12v63n3.pdf. Acesso em: 06/06/2020

[2] Giolito PCBO, GC Queluci. A problematização no ensino do registro de enfermagem em pediatria: um estudo descritivo. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(Supl. 3):7732-4, abr., 2015. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10515/11398. Acesso em: 06/06/2020

[3] Lemos MC, Passos JP. Satisfação e frustração no desempenho do trabalho docente em enfermagem. REME – Rev. Min. Enferm.;16(1): 48-55, jan./mar., 2012.

[4] Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Baptista PCP. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivencia sob a luz fenomenologia social. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 19(1):[08 telas] jan-fev 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_22.pdf. Acesso em: 02/06/2020

[5] Peres HHC, Kurcgant P. O ser docente de enfermagem frente ao mundo da informática. Rev Latino-am Enfermagem 2004 janeiro-fevereiro; 12(1):101-8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a14.pdf. Acesso em: 06/06/2020

[6] Ribeiro JF, et al. Prática pedagógica do enfermeiro na docência do ensino superior. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(2):291-302, fev., 2018. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25129/27792. Acesso em: 02/06/2020

[7] Rodrigues JA, et al. Tendências Pedagógicas: conflitos, desafios e perspectiva de docente de Enfermagem. Rev. Brasileira de Educação Médica, 37 (3) : 333 – 349 ; 2013

[8] Sebold LF, Carraro TE. Modos de ser enfermeiro-professor-no-ensino-do-cuidado-de-enfermagem: um olhar heideggeriano. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 550-6. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a13.pdf. Acesso em: 06/06/2020

[9] Villardi, ML, Cyrino EG, Berbel NAN. A problematização em educação em saúde: percepção dos professores tutores e alunos. São Paulo. Cultura Academica, 2015

CAPÍTULO 4

APLICABILIDADE DO CONTEXTO TEÓRICO-PRÁTICO VIVENCIADO PELOS ENFERMEIROS DOCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 06/12/2020

Silene Ribeiro Miranda Barbosa
Faculdade Wenceslau Braz.
Brasília/Distrito Federal
http://lattes.cnpq.br/5882112931806109

Maria Cristina Porto e Silva
Faculdade Wenceslau Braz.
Pouso Alegre/ MG
http://lattes.cnpq.br/7269813499351658

RESUMO: A prática profissional como enfermeiras docentes do ensino de Graduação de Enfermagem, trouxeram-nos muitos desafios, porém grandes conquistas nesses 25 anos de profissão. Exercer a docência na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou o comprometimento do serviço na busca da integralidade na Atenção Primária/Básica, a qual o aluno vivencia o ser enfermeiro enquanto profissão na assistência no SUS. A proposta deste estudo é relatar a experiência das enfermeiras docentes dentro do serviço de Atenção Primária do SUS, e os discentes das Instituições de Ensino Superior (IES) privada, tendo como resultado a percepção das docentes sobre as habilidades e competências na gestão assistencial e administrativa do serviço público. Apresentar, discutir e vivenciar o SUS nas diversas regiões do nosso país nos fortaleceu enquanto enfermeiras docentes, proporcionando um olhar diferenciado enquanto cidadãs que acreditam no Sistema de Saúde. As estratégias usadas favoreceram o rendimento do acadêmico e principalmente contribuiu para qualidade dos resultados no processo ensino-aprendizagem percebido no resultado das avaliações. Portanto, integrar o aluno no serviço de Atenção Básica do SUS é socializa-lo ao mundo do cuidado coletivo aproximando do trabalho de saúde na esfera da prevenção e promoção, principalmente vivenciando a experiência de ser alicerce da unidade. A articulação diante do contexto teórico-prático apresenta a relação fundamentada da ciência do cuidado na qual a continuidade do cuidado, muitas das vezes, iniciado na Atenção Primária precisa transparecer uma atenção contextualizada do Sistema de Saúde que responde pela demanda de saúde da população brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Atenção Primária. Docência.

APPPLICABILITY OF THE THEORETICAL-PRACTICAL CONTEXT EXPERIENCED BY NURSING TEACHERS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: Professional practice as teaching nurses in Undergraduate Nursing teaching, brought us many challenges, but great achievements in these 25 years of profession. Exercising teaching in the sphere of the Unified Health System (SUS) provided the commitment of the service in the search for comprehensiveness in Primary/Basic Care, which the student experiences as a nurse as a profession in care in SUS. The purpose of this study is to report the experience of nursing teachers within the Primary Care service of SUS, and the students of private Higher Education Institutions (HEI), resulting in the teachers' perception of the skills and competences in care and administrative in care and administrative management public service. Presenting, discussing and experiencing the SUS in the different regions of our country strengthened perspective as citizens who believe in the Health System. The strategies used favored

the academic performance and mainly contributed to the quality of the results in the teaching process-learning perceived in the result of the evaluations. Therefore, integrating the student in the Primary Care service of SUS is to socialize him/her in the world of collective care, approaching health work in the sphere of prevention and promotion, mainly by experiencing the experience of being the foundation of the unit. The articulation before the theoretical-practical context presents the grounded relationship of the science of care in which the continuity of the science of care which the continuity of care, often initiated in Primary Care, needs to show contextualizes attention from the Health System that responds to the health demand of the Brazilian population.
KEYWORDS: Nursing. Primary Attention. Teaching

Educar é também zelar pelo próximo.
(Silene Barbosa)

INTRODUÇÃO

O educador possui um papel importante como facilitador e mediador do desenvolvimento, da construção e reconstrução do conhecimento do discente. Entretanto, ensinar não é só transferir conhecimento, conteúdo e nem formar, e sim é uma ação pelo qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso ou sem conhecimento. É também o momento de criar possibilidades para produção e construção do conhecimento.

Ao completar 25 anos de formação, as alunas da 37ª Tuma de Graduação em Enfermagem, da Faculdade Wenceslau Braz da cidade de Itajubá, Minas Gerais, compartilham nesta oportunidade das experiências vivenciadas. As enfermeiras discutem e compartilham a atuação como enfermeiras-docentes e/ou preceptoras no Sistema Único de Saúde (SUS), e consequentemente, descrevem a prática junto aos discentes na Atenção Primária. Os relatos descrevem momentos ímpares da docência inserida na enfermagem em localidades diferentes somado à diversidade local da aplicabilidade da ciência do cuidado, sendo a Silene docente em Instituições Superiores de Ensino (IES) na região Norte e Centro-Oeste, e a Maria Cristina na região Sudeste.

A enfermagem brasileira nasceu atrelada ao modelo hospitalar de atenção individual e curativa, baseada nos conteúdos e carga horária teórica e prática que compõem o currículo implantado. Ao longo de sua existência na formação de profissionais, ocorreram transformações frente às exigências para um perfil adequado às necessidades de atendimento à saúde da população. A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) viabilizou a criação de cursos, permitindo a flexibilidade dos currículos e a autonomia das instituições, favorecendo a formação de diferentes perfis e atendendo à exigência múltipla do mercado de trabalho (ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA; 2011).

As instituições de ensino superior (IES) vêm sendo desafiadas a quebrar paradigmas com relação à formação profissional e precisam implementar ações que reorientem o processo de formação. Já ocorreram muitos avanços para que os princípios do SUS sejam respeitados, assim como, também influenciaram a reconstrução dos projetos pedagógicos dos cursos que devem estar em consonância com a reforma sanitária e com os princípios do SUS (WINTERS, PRADO, HEIDEMANN, 2016).

A Legislação Profissional é única diante do Conselho Federal de Enfermagem

(COFEN), mas ainda assim, percebe-se que há algumas particularidades, ou mesmo, fragilidades em algumas regiões, o que resulta na sensibilidade do contexto legal.

O conhecimento deve ser disseminado e colocado em condições de universalização, transformado em conteúdo e transmitido através do ensino, que tem por função iniciar o conhecimento científico garantindo a formação profissional no aspecto técnico e inserindo na vida social, a qual irá beneficiar a sociedade através da produção sistemática do conhecimento (SEVERINO; 2013).

É fundamental que a formação dos profissionais de Enfermagem, que prestam cuidados de saúde, vise à formação de sujeitos críticos, capazes de sempre buscarem caminhos novos e melhores. Um dos desafios do ensino-aprendizagem da Enfermagem é formar profissionais competentes e compromissados com a sociedade e com os problemas de saúde, o que envolve habilidades para desenvolver ações que necessitam de planejamento e implementações para um “fazer” de qualidade.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL: ENFERMEIRO-DOCENTE

A Enfermagem tem na pessoa da Florence Nightingale a pioneira da ciência do cuidado. Isso se faz presente fortemente na atualidade, pois, comportamento social, higiene, ventilação, alimentação e outros itens relacionados à saúde e ao ambiente emergem na mídia e no dia a dia das pessoas, que necessitam reaprender que lavar as mãos é premissa para não adoecer (WIGGERS, DONOSO, 2020).

Certa de que tudo ao redor interfere na atuação do enfermeiro, a prática da docência propõe ao enfermeiro docente o trabalho em intensificar a sua atenção para o contexto da aprendizagem, uma vez que, a questão do aprender é favorecida ao deparar com experiências observadas e praticadas no dia a dia. E que, o conhecimento é algo contínuo onde a prática é uma observância ininterrupta e precisa ser atualizada.

O professor é um dos mais importantes agentes do processo de formação, pois irá conduzir para o fortalecimento da prática do cuidar e ainda se responsabilizar pela capacitação do exercício da profissão. Ele é o veículo para o processo de aprendizagem.

O estágio supervisionado na Graduação em Enfermagem é uma prática obrigatória dentro do currículo do curso, na qual a supervisão é realizada pelo professor (docente da própria instituição de ensino) e/ou pelo preceptor (enfermeiro da unidade onde acontece o estágio). O estágio traz um aprendizado mútuo para os envolvidos, pois é um laboratório vivo para as questões de educação, ciência, saúde e enfermagem.

Para o aluno, a prática do estágio supervisionado tem a oportunidade de vivenciar o ser Enfermeiro enquanto profissão sendo o momento em que a realidade passa a fazer parte do ensino e despertar a concretização de todo conteúdo aprendido.

O curso de Graduação em Enfermagem prepara o aluno para cuidar individual e socialmente do paciente, e a prática do estágio vem proporcionar a complementação do ensino teórico e prático e da aprendizagem, uma vez que constitui um instrumento de integração em termos de treinamento prático, aperfeiçoamento técnico e científico, assim como de relacionamento humano.

É válido ressaltar que apesar do foco deste capítulo ser direcionada para Atenção

Primária, a oportunidade vivenciada na Universidade Federal do Acre (UFAC) foi o ímpeto para a atuação como docente. Tanto que houve uma experiência difusa e rápida junto à assistência hospitalar com os alunos do último semestre do Curso de Enfermagem, com plantões diurnos e noturnos, no contexto assistencial e gerencial. Ao ministrar aulas teórico-prática já na primeira oportunidade foi decisiva para dar sequencia a prática da docência.

CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A prática junto a Atenção Primária iniciou na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), na cidade de Campo Grande, em Mato Grosso do Sul. O Estágio Supervisionado em Saúde Pública do oitavo semestre foi a primeira turma do curso a realizar o estágio. Houve um trabalho minucioso na construção da grade curricular e do plano de ensino, assim como da ficha avaliativa de campo de estágio.

O contexto da grade e do plano de ensino foi embasado nas Diretrizes Curriculares e no Projeto Político Pedagógico (PPP) da instituição, juntamente com as observações do semestre anterior, para que assim pudessem complementar o conteúdo mínimo de formação. Consequentemente, a proposta do semestre em questão foi cuidadosamente pautada e discutida com a coordenação do curso, até a sua construção final.

As atividades se tornaram desafiadoras, uma vez que buscávamos a inovação das avaliações das atividades, como por exemplo, a prova prática como critério de aprovação para seguir para o campo do estágio.

Em ambiente preparado e organizado com toda logística, preparamos cinco níveis de provas: fácil, médio, difícil, muito difícil, e por fim, uma prova especifica sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Todos os acadêmicos sorteavam uma questão de cada nível e, diante de uma banca com três professores relacionados à disciplina, respondiam às questões com um prazo de até dez minutos. As notas superiores a cinco pontos aprovavam os discentes "lotando-os" nas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas pelo professor.

Essa experiência foi uma oportunidade ímpar de incentivar os alunos a estudarem e se dedicarem, tanto que foi notória a percepção de alunos mais conhecedores de conteúdos. Obviamente, que para os discentes no inicio da dinâmica da prova prática foi um tanto difícil, mas depois puderam constatar o beneficio no estágio.

Já em campo de estágio, os alunos eram supervisionados pelo enfermeiro docente e pela (o) enfermeira (o) da UBS. Discutíamos constantemente a atuação dos alunos pontuando as observações caso a caso. Reuníamos semanalmente e repassávamos o feedback para os alunos diante da desenvoltura dos mesmos na atuação no campo de estágio.

Os alunos permaneciam nas UBS dos quatro Distritos Sanitários e o enfermeiro docente rodiziava as unidades para acompanhar os alunos. Na UBS precisavam do suporte técnico dos colegas enfermeiros, uma vez que, os alunos não assumiam procedimento sem acompanhamento. Toda essa questão era amparada pela Instituição de Ensino Superior (IES) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da localidade.

Como "retorno" a cada final de semestre utilizava de um trabalho final do estágio

sobre a gestão do serviço. O produto apresentava percepções dos acadêmicos incluindo criticas e sugestões dos serviços da UBS, a fim de colaborar com a gestão da UBS. Esse feedback auxiliava e muito na percepção dos acadêmicos e da gestão, visto que a critica é algo que auxilia na maturidade tanto pessoal como profissional. Era uma discussão amparada academicamente que visava nortear o serviço.

A inserção dos acadêmicos nos serviços de saúde é a oportunidade de conhecer o serviço prestado no SUS, fortalecendo o aprendizado e mantendo uma convivência diária com as dificuldades encontradas. É uma forma de estimular continuamente a possibilidade de investigação de problemas de saúde individuais e coletivo, e favorecer a construção de um cuidado integral e o compartilhamento dos saberes, buscando a autonomia e a pró-atividade do aluno no SUS.

A relação entre docente e discente é um importante instrumento para a descoberta do trabalho coletivo, na qual o aluno irá devolver na prática da atenção primária em busca da promoção e prevenção de doença. A relação de conversas frequentes auxiliava demais as decisões dos discentes fazendo-os cada vez mais, ter a certeza das atitudes que deveriam tomar.

No primeiro dia de aula, o processo de avaliação de campo era apresentado e discutido item a item, onde tratávamos dos acordos visando o melhor aproveitamento do campo de estágio e das interações entre acadêmico e docente. Ciente dos itens que os alunos estariam sendo avaliado, o estágio transcorria normalmente, e semanalmente, tínhamos um momento “para esclarecer dúvidas” quanto ás atribuições acadêmicas.

A avaliação final pontuava item a item da ficha avaliativa juntamente com a(o) enfermeira(o) da UBS e o enfermeiro(a)-docente a fim de esclarecer toda a dinâmica da avaliação. E, posterior a avaliação em conjunto, o(a) enfermeiro(a) docente dialogava a avaliação com as questões por menores atribuindo a nota final do estágio.

> Segundo a Resolução 573 de 31 de janeiro de 2018 no Art. 26, - A carga horária mínima do Estágio Curricular Supervisionado - ECS deverá totalizar 30% (trinta por cento) da carga horária total do Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem, assim distribuída: 50% na atenção básica e 50% na rede hospitalar (BRASIL, 2018).

Dando sequencia no contexto da saúde primária, já na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) com o Curso de Medicina, acompanhei o estágio de Saúde Coletiva do sexto período. Experiência totalmente inovadora devido ao formato que a medicina enxerga a prática na Atenção Primária (AP) possibilitando condições e situações que adentraram muito mais que o estágio em si.

Voltando para a Enfermagem, já na Universidade Católica de Brasília (UCB) a dinâmica do estágio supervisionado era um pouco diferente. Nós, professores do estágio, ministravam aulas de revisão, tanto na área hospitalar quanto saúde pública. Ao finalizar as temáticas das aulas aplicávamos uma prova que decidiria aprovação e o campo de estágio. Essa questão ajudou e muito a separar as chamadas “panelinhas” que muitas das vezes interferia no rendimento individual e coletivo do grupo do estágio.

Para a praticidade do estágio, o professor permanecia na UBS e o aluno rodiziava.

Neste caso, a supervisão era diretamente do enfermeiro docente facilitando muito a dinâmica do acompanhamento da aprendizagem do acadêmico, uma vez que, os próprios professores de estágio havia ministravam a aulas de revisão.

Dentro da dinâmica do Estágio Supervisionado em Saúde Pública, a Educação em Saúde é uma ferramenta de extrema necessidade. Um exemplo, daquele momento, é a da Educação em Saúde diante da situação da Dengue, que usufruiu da dinâmica do lúdico para reforçar o ensino-aprendizagem.

> A Resolução 573 de 31 de janeiro de 2018 no Art. 15 A área educação em Saúde deverá direcionar a formação do enfermeiro para desenvolver ações educativas com indivíduos, famílias e grupos sociais, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2018).

A Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) revisou as diretrizes da Atenção Básica, direcionado as ações reformuladas a fim de atender as demandas dentro do atual contexto sanitário e epidemiológico.

Segundo o 5º artigo da Portaria citada acima, a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. Essa questão reforça a necessidade de viabilizar os contextos atuais da população para que possam amenizar as atuais condições populacionais (BRASIL, 2017).

O contexto educacional reforçado junto à PNAB juntamente com as novas Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) fortaleceu a prática da educação em saúde como uma ferramenta extremamente necessária, favorecendo os resultados alcançados.

Á priori, quinze dias antes do inicio do estágio, o docente se apresentava juntamente com a carta da IES à gestora da unidade. Juntas, docente e gerente da unidade efetuavam o planejamento das atividades. Ajustávamos as ideias acadêmicas e as necessidades dos serviços para que os discentes tivessem conhecimento de toda a realidade.

A organização junto à agenda de atendimento demonstrava um resultado positivo, tanto para os discentes como para a UBS, afinal a demanda era assistida sem tumultuar ou atrapalhar os demais serviços, tendo assim contemplado toda procura das mais diversas demandas. O fato de conseguirmos acesso ao prontuário eletrônico agilizava nossa atuação. Toda a organização junto à agenda era discutida com a gerente da UBS a fim de otimizar um cobertura de área, ou mesmo a logística interna da unidade.

Atendíamos toda a agenda da unidade, desde a Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso. O horário seguia o contra turno das equipes a fim de atender a demanda populacional.

> No inciso I do parágrafo 1 da Resolução nº 573, de 31/01/ 2018 descreve o Sistema Único de Saúde - SUS, como campo de atuação e exercício profissional, seja na esfera pública, filantrópica e ou privada, considerando as políticas públicas vigentes e o contexto social e sanitário do país (BRASIL, 2018).

O atendimento na UBS envolve também a visita domiciliar onde o acadêmico passa a vivenciar um momento ímpar abrangendo além da demanda do paciente/ cliente a contextualização familiar que vai muito além dos sinais e sintomas do paciente, demonstrando o quanto a realidade familiar lhe é necessária e importante.

Com toda a demanda programada e realizada era possível perceber a desenvoltura dos acadêmicos ao finalizar o estágio por terem vivenciado momentos tão complexos de aprendizagem. A auto avaliação dos alunos repercutia o quanto os mesmos enriqueceram com sua aprendizagem, uma vez que a todo instante eram estimulados a viver a vida acadêmica na íntegra.

A desenvoltura acadêmica promoveu a inquietude ao compartilhar as experiências acadêmicas com os outros discentes, promovendo assim, o fórum. Evento este que retratou consideravelmente, todas as curiosidades e ânsias pela aprendizagem.

Já a vivencia como preceptora no SUS no curso de enfermagem com alunos de graduação da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS) através do estágio supervisionado do último ano em uma unidade de atendimento materno infantil do SUS, proporcionou aos alunos uma percepção da atuação do enfermeiro frente a atuação em ações de promoção e prevenção da saúde em uma comunidade carente e que necessitava de uma assistência biopsicossocial.

Esse envolvimento com a gestão do serviço de saúde fortalece o planejamento de intervenções que contemple fatores biológicos, porém determinados pelos aspectos socioeconômicos, ampliando a identificação de necessidades de saúde promovendo o fortalecimento da clinica ampliada.

Os alunos envolvidos com o estágio supervisionado, cuja grade curricular do último ano é 100% prática, contribuiu para um maior aprendizado e desenvoltura das atividades de gestão e administrativa e de, principalmente, um conhecimento da população adscrita. Desta forma, o acadêmico consegue ter um diagnóstico do território atendido e assim planejar ações de prevenção e promoção de saúde.

Estar presente na unidade de saúde de segunda a sexta oferece uma vivencia para educandos e professores que pode ser transferido para as relações entre profissionais, pacientes e familiares que irão contribuir para o respeito, singularidade, construção do vinculo e ampliação da autonomia. São estratégias que pode ser usada que contribuiu para transformar e conquistar um SUS que desejamos na realidade.

Os alunos são encorajados a desenvolver ações de promoções tais como campanhas, na qual se faz necessário à utilização de ferramentas da administração e desta maneira gerenciar os passos do evento como também a tomarem decisões importantes para execução das ações.

Essas ações não se desvinculam do cuidado, mas agrega a função de chefia e supervisão ao processo de prevenção e cuidado.

Na avaliação, realizada de forma dialogada na qual se torna visível as aprendizagens realizadas e também uma reflexão de como poderia ter desenvolvido frente aos desafios do serviço no dia a dia, o aluno consegue perceber a importância de sua contribuição no contexto do serviço do SUS e principalmente como se dá o funcionamento do mesmo.

O acadêmico é sensibilizado, durante seu período de gestão naquela unidade, da maneira como se dá a gestão do serviço no sentido de nortear as ações de enfermagem para melhoria da qualidade de assistência do cuidado no Sistema Único de Saúde.

Trazer o aluno para dentro do SUS é um fortalecimento da aprendizagem e da vivencia, que tanto vai contribuir para o futuro profissional, que será abraçado pelo o sistema de saúde mais preparado para enfrentamento das necessidades de saúde e da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária é um momento ímpar onde fundamentar o conhecimento na prevenção e promoção repercute na qualidade de vida do paciente, uma vez que, os cuidados e as orientações dadas junto aos médicos acabam relacionando-as com a questão da promoção e prevenção da saúde.

É fundamental que a formação dos profissionais de saúde, que prestam cuidados, vise à formação de sujeitos críticos, capazes de sempre buscarem caminhos novos. Um dos desafios do ensino-aprendizagem é formar profissionais competentes e compromissados com a sociedade e com os problemas de saúde, com a articulação do ensino com o SUS, favorecendo-o crescimento dos alunos, na preparação para o serviço de saúde público em qualquer lugar do país.

A docência é uma atividade importante no processo de qualificação e se torna significativa por permeia à vida acadêmica com a vida profissional no campo do SUS, através de atividades teórico-práticas.

O docente, no processo de construção do conhecimento, junto com o aluno norteia o construir por meio das ferramentas metodológicas, pelo qual o professor irá orientar, conduzir e direcionar as atividades, visando articular os saberes que demanda o cotidiano de atuação profissional e principalmente atendendo as necessidades que o serviço de saúde precisa.

O processo de estágio é o meio pelo qual o professor irá orientar, conduzir e direcionar às mais diversas atividades, visando a articulação dos saberes que demanda o cotidiano de atuação profissional. É um instrumento para formação de habilidades e aperfeiçoamento de técnicas para o exercício da profissão. É o período que vai consolidar a aprendizagem teórica e prática.

O estágio supervisionado de Enfermagem tem a capacidade de unir a teoria e a prática construindo o saber fazer. As técnicas e as rotinas vivenciadas pelo aluno no campo de estágio são como molas propulsoras para a realização da assistência. O que o aluno vai vivenciar e sua relação com o paciente, o professor e a equipe de enfermagem, serão como instrumento que o ajudará no crescimento profissional, além de ser o grande potencial para o crescimento na aprendizagem da Enfermagem.

A importância do estágio é colocar o aluno em contato com a realidade da aprendizagem com a prática, e impulsionar um sujeito crítico e curioso na construção do conhecimento. Por esse motivo, deve ser planejado considerando os objetivos, característica

da unidade assistencial, a preparação do aluno, o tempo disponível, o currículo do curso e a realidade do serviço prestado pelo SUS.

Os acadêmicos atuaram de forma centrada na proposta do estágio supervisionado demonstrando a grande responsabilidade do enfermeiro diante da prática de ser, fazer e saber ser um enfermeiro! Não obstante com essa questão os alunos finalizavam o estágio de forma positiva e enriquecedora através da troca de inúmeras experiências, o que facilitou em muito o processo de ensino-aprendizagem.

A compreensão do acadêmico em visualizar que a sua atuação, após concluir o Curso de Graduação, será a de que atuará como ator principal da oferta do cuidado, o impulsiona a instigar o melhor potencial do enfermeiro que se pode oferecer a si e a todos os envolvidos. E, é assim que desejamos ter na enfermagem, pessoas comprometidas e dedicadas com o cuidar do próximo.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018. Parecer Técnico nº 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem, conforme anexo. 2018.

2 ______. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

3 Erdmann, A. L. ;Fernandes, J. D.; Teixeira, G. A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. Enfermagem em foco. 2011; 2(supl), 89-93 escolar**.** Pombal, PB, v.4,n.3, p.20-27, jul-set 2014.

4 Severino, A. J. Da Docência no ensino superior: condições e exigências**.** Piracicaba, SP; comunicações; v.20; n.1; p 43-52; jan-jun 2013.

5 Wiggers E., Donoso, MTV. Discorrendo sobre os períodos pré e pós Florence Nightingale: a Enfermagem e sua historicidade. Enferm. Foco; 11 (1) Especial: 58-61. 2020.

6.Winders, JRF; Prado, ML; Heidemann ITSB. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. Escola Ana Nery 20 (2). Abril-Jun. 2016

CAPÍTULO 5

A PESQUISA INSERIDA NA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 06/12/2020

Luciana Aparecida Reis
Faculdade Wenceslau Braz.
Itajubá /MG
http://lattes.cnpq.br/5068271292622167

RESUMO: O termo pesquisa deriva do latim *perquirere*, que significa procurar com perseverança. Contudo, a pesquisa surge quando o pesquisador se depara com um problema e sente a necessidade de buscar soluções por meio de uma atividade intelectual, intencional e sistemática, promovendo a elaboração de perguntas e indagações que necessitam ser respondidas. Dessa forma, algumas características tornam-se excenciais ao pesquisador investigador, o que implica em uma rigorosa mudança na postura dos pesquisadores, adoção em compartilhar o conhecimento adquirido, bem como, aprender com o outro. Isso, por sua vez, exige uma maior comunicação, socialização de sua produção intelectual e flexibilidade à crítica e ao debate de idéias e posições. Dentre os diferentes tipos metodológicos de pesquisa, a pesquisa básica ou experimental vem sendo explorada de forma crescente na enfermagem mundial. Na pesquisa básica ou experimental, o enfermeiro busca determinar um objeto de estudo, selecionar as variáveis que podem influenciar o objeto e definir as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto, podendo ser desenvolvida em laboratório ou no campo. Neste capítulo, a autora buscou trazer algumas considerações sobre a importância da pesquisa a nível mundial e no Brasil, dando ênfase a pesquisa básica ou experimental, bem como, trazer suas experiências e expectativas enquanto enfermeira pesquisadora.
PALAVRAS-CHAVE: Pesquisa. pesquisa experimental. enfermagem

ABSTRACT: The term of research derives from the Latin *perquirere*, which means to search with perseverance. However, research arises when the researcher is faced with a problem and feels the need to seek solutions through an intellectual, intentional and systematic activity, promoting the elaboration of questions and inquiries that need to be answered. In this way, some characteristics become exceptional to the investigating researcher, which implies a rigorous change in the researchers' posture, adoption in sharing the acquired knowledge, as well as, learning with the other. This, in turn, requires greater communication, socialization of its intellectual production and flexibility to criticize and debate ideas and positions. Among the different methodological types of research, basic or experimental research has been increasingly explored in nursing worldwide. In basic or experimental research, the nurse seeks to determine an object of study, select the variables that can influence the object and define the forms of control and observation of the effects that the variable produces on the object, which can be developed in the laboratory or in the field. In this chapter, the author sought to bring some considerations about the importance of research worldwide and in Brazil, emphasizing basic or experimental research, as well as bringing her experiences and expectations as a research nurse.
KEYWORDS: Research. experimental research. nursing

INTRODUÇÃO

Definindo Pesquisa

O termo pesquisa deriva do latim *perquirere*, que significa procurar com perseverança.[1]

A pesquisa é uma indagação, investigação ou dúvida que leva ao conhecimento de aspectos da realidade. É um conjunto de ações que visam a descoberta de novos conhecimentos em uma área específica, sendo considerada um dos alicerces para as atividades acadêmicas, sendo considerada fruto da curiosidade, inquietação e atividade investigativa dos pesquisadores.[2]

Em estudo recente sugere que a pesquisa surge quando o pesquisador se depara com um problema e sente a necessidade de buscar soluções por meio de uma atividade intelectual, intencional e sistemática, promovendo a elaboração de perguntas e indagações que requerem ser respondidas, de modo que, as questões estejam engajadas na ciência procurando respostas para necessidades do ser humano.[3]

Para que se possa fazer pesquisa, cabe ao pesquisador capacidade de coletar e analisar os dados da pesquisa obtidos, mas deve ser capaz de analisar os dados coletados, tendo em mente o alicerce da fundamentação teórica, o método utilizado na coleta desses dados e a organicidade entre a pergunta formulada e a realidade abordada.

Para tanto, pesquisa é uma resposta ou uma solução satisfatória a ser dada a um certo problema, corroborando com o conhecimento científico, além de formular conclusões gerais e sistematizadas sobre a realidade. É através da pesquisa que as ciências se evoluem.[4]

Podendo concebida como busca significativa de uma dúvida ou um problema que demanda necessidade em realizar empreendimentos para descobrir ou conhecer algo, é um processo inacabado que se processa por meio de aproximações sucessivas da realidade, fornecendo-nos subsídios para uma intervenção no real.[4,5]

Contudo, cabe ao pesquisador escolher o melhor método que considera adequado na abordagem para a sua investigação científica e que contempla seus objetivos propostos na pesquisa e que seja de acordo com natureza da pesquisa.

Assim, surgem algumas características que são excenciais ao pesquisador investigador, que vamos abordar a seguir.

PERFIL DOS PESQUISADORES

Assumir uma postura peculiar ou produzir um novo conceito ou conhecimento não é uma tarefa fácil e sim árdua que significa avançar em busca de algo novo, além de dar sentido e interpretar ao que está sendo proposto. Portanto, torna-se de fundamental importância a clareza do que efetivamente é ciência, metodologia científica e método.

E isso implica em uma rigorosa mudança de postura dos pesquisadores na adoção de compartilhar o conhecimento adquirido, além de aprender com o outro. Isso exige maior comunicação, socialização de sua produção intelectual e maior flexibilidade à crítica e ao

debate de idéias e posições.

A avaliação de uma produção científica de um pesquisador baseia-se na análise de seu currículo.

É o que ocorre no processo de concessão de bolsas e auxílios como as diversas modalidades de bolsas suportadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ou na seleção de consultores e membros de comitês, na aprovação de projetos de pesquisa, na classificação de periódicos como o *Qualis* da Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) quando necessitam considerar a produção científica dos pesquisadores ou para avaliar o conceito de um programa de pós-graduação.[6]

Diversos sistemas e métodos vem sendo propostos e têm um papel importante na comunidade acadêmica, pois podem auxiliar mensuração da qualidade da produção científica e na identificação de especialistas em determinada área.

Para tanto, as métricas como o H-Index e do G-Index que vêm sendo utilizados com frequencia que tem como base quase que exclusivamente por citações de artigos para a avaliação desses pesquisadores, deixando de considerar sua trajetória na pesquisa.[6-9]

Por outro lado, em um contexto acadêmico, identificar um perfil adequado se dá por meio de um processo de análise de sua trajetória durante toda a carreira como pesquisador. Dessa forma, são considerados como critérios de avaliação a produção científica em forma de artigos e livros publicados, orientações em dissertações de mestrado e teses de doutorado, e sua participação em defesas de mestrado e doutorado, além dos trabalhos apresentados em conferências e participação em projetos de pesquisa.

Esses fatores, contribuem de forma significativa, a competitividade, que vem sendo cada vez mais acirrada na busca de um perfil adequado que atende as solicitações do mercado de trabalho.

Algumas características que classificam um bom pesquisador nos tempos atuais, estão alicerçados a Ciência e a Tecnologia que ocupam há quase 30 décadas um lugar central entre os chamados fatores essenciais de produção, bem como, a globalização econômica que se tornou todos os países competitivos e por fim, as pesquisas mais importantes tornam-se grandes, complexas e caras, o que exige trabalho em grupo sólido e eficiente.[10]

Assim, surge então um perfil ideal e desejável que qualifica um bom pesquisador nos tempos o qual deve ter paixão pelo conhecimento, criatividade, capacidade de ver e delimitar com precisão um problema relevante, persistência em prosseguir soluções para esse problema, capacidade administrativa, liderança e espirito empreendedor. Saber trabalhar em grupo e se comunicar, vocação para formar discípulos, sensibilidade social, política e uma aguda percepção as mudanças da economia.[10]

BREVE HISTÓRICO DA PESQUISA

A preocupação em descobrir e explicar a natureza das coisas, vem desde os tempos remotos e o entendimento das forças da natureza e da morte, colocava o homem à mercê

do conhecimento mítico atribuído a um caráter sobrenatural e o conhecimento religioso explicava os fenômenos da natureza e o caráter transcendental da morte como se fossem revelações da divindade.

Os egípcios foram os primeiros a desenvolver o saber técnico e evoluído nas áreas de matemática, geometria e medicina, entretanto, os gregos foram os pioneiros a buscar o saber e sua relação com a atividade de utilização prática.[11]

Para tanto, foram considerados os precursores da filosofia, cujo termo significa (filo = amigo, sofia, sóphos = saber) "amigo do saber", ou seja, cujo objetivo era buscar conhecer o porque e para que em todas as hipóteses que requer o pensamento.[11]

Assim, o conhecimento filosófico para captar a essência imutável do real, partiu para a investigação racional da forma e das leis da natureza.

Portanto, aliado à explicação religiosa e o conhecimento filosófico, foi o que orientou até o século XV sobre as investigações do homem, acerca do universo.

De acordo com estudos anteriores, somente a partir do século XVI foi desenvolvido o método científico, que através do método experimental, Galileu (1564-1642) considerava que a ciência não considerava a qualidade como principal foco de preocupações, mas as relações quantitativas.[12]

Todavia, Francis Bacon (1561-1626) produziu uma obra *Novum Organum* onde criticou Aristóteles enfatizando que abstrato e o silogismo não propiciavam ao conhecimento completo do universo em sua obra, sendo considerado o sistematizador do método indutivo.[12]

Assim, a descoberta de fatos verdadeiros dependia da observação e experimentação de fenômenos conduzidos por raciocínio indutivo.[13,14]

O filósofo René Descarte (1596-1650) cria o método dedutivo na busca da verdade na ciência e se afasta dos processos indutivos em sua obra *Discurso do Método*. De acordo com o filósofo, a certeza é obtida através da razão, como princípio absoluto do conhecimento humano, e postula quatro regras: evidência, análise, síntese e enumeração.[14]

Posteriormente Isaac Newton (1642-1727) pelo método de indução proposta por Galileu e Kepler, chega à lei da gravitação universal que foi um marco significativo para a ciência, publicando sua obra Principia.[14]

Por fim, em estudo anterior, pesquisador sugeriu que o método indutivo continha falhas pois não dava importância suficiente à hipótese, pois Bacon achava que a simples disposição ordenada dos dados era suficiente para tornar óbvia a hipótese correta, favorecendo inúmeras críticas ao método.[15]

Somente nos séculos XIX e XX, a pesquisa se organizou com a filosofia e se desenvolveu mais especificamente.

A PESQUISA NO BRASIL

Após um longo período em que a educação superior permaneceu inerte associado ao advento da Família Real no Brasil, em 1808 ocorre um rompimento entre a inércia e a educação superior, surgindo então a criação da Escola de Cirurgia em Salvador, da Escola

de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro e, em 1827, das Escolas de Direito de São Paulo e Olinda, o que corrobora com o início da pesquisa no Brasil.

Contudo, somente em abril de 1931, Francisco Campos Institui decreto nº 19.851 que introduz no Brasil um modelo de universidade que objetiva a atividade de investigação científica em quaisquer domínios dos conhecimentos humanos.

Em 1934 e 1935 surgiram a Universidade do Distrito Federal e a Universidade de São Paulo pela união das escolas profissionais superiores cujo o modelo de ensino era pautado no ensino enciclopédico, o que perdurou por um longo período no ensino superior. Até a década de 60, ocorreu pouca expansão e transformação na qualidade e realidade do ensino superior no Brasil e a produção de ciência pouco expressiva e quase inexistente junto ao ensino superior brasileiro, perpetuava-se apenas o ensino de tipo utilitário.[17]

Por outro lado, surge a Universidade de Brasília (UnB) com um modelo de educação superior inovador e criada para ser referência de excelência de ensino e pesquisa, formar profissionais engajados.[16]

Então a UnB com o auxílio político-intelectual associado ao desenvolvimento necessário à região, avanços importantes na ordem econômica, científica, tecnológica e política na sociedade nacional, surgindo a elaboração de novos estatutos, criação de numerosos institutos de pesquisa, surgindo o decreto-lei de 18 de novembro de 1966, o que levou o Brasil ao cenário universitário e científico mundial.

Entretanto, tais esforços não foram suficientes para engajar a pesquisa no Brasil, pois permanecia em atraso.

Para alguns pesquisadores, somente nos Cursos de Pós-graduação os avanços das pesquisas no Brasil seriam viáveis, pois em Cursos de Graduação seria impossível a associação do conhecimento entre o ensino e a pesquisa a nível acadêmico.

Então, foram criados na Universidade de Brasília, Cursos de Pós-graduação por meio da lei nº 3.998, de 15 de dezembro de 1961, cujo intuito era categorizar como *stricto sensu*, além de formar cientistas, produzir conhecimento e desenvolvimento à nação, como ocorre atualmente, esses cursos eram atrativos também porque proporcionavam a construção de uma sólida carreira acadêmica aos que já atuavam na docência.[17]

CLASSIFICAÇÃO DE PESQUISA

A pesquisa pode ser classificada segundo vários critérios. Na parte da metodologia de qualquer projeto ou no relatório, é essencial descrever que tipo de pesquisa que você fará (projeto) ou que já fez (relatório), bem como os critérios que usará (projeto) ou já usou (relatório).

Para a realização de uma pesquisa, é preciso fazer um planejamento prévio, ou seja, um projeto. Para tanto, o projeto é considerado um conjunto coordenado de atividades dirigidas para alcançar objetivos explícitos e justificados, segundo uma metodologia previamente definida e empregando recursos humanos e materiais em um período de tempo.[18]

A pesquisa é classifica em três categorias como a pesquisa básica, pesquisa

aplicada e pesquisa de desenvolvimento experimental, ou ainda, de acordo com o objeto, objetivos, forma de abordagem, delineamento local.[18,19]

Do ponto de vista acadêmico e científico, a pesquisa pode ser classificada quanto a abordagem, natureza, objetivos e procedimentos, que serão apresentados a seguir.[2,20,21,22,23,24]

Quanto à área:

- *Humanas* que envolve a educação, cultura, aspectos sociais de discriminação, a política;
- *Exatas* que envolve o desenvolvimento de tecnologias e os avanços da ciência quantitativa;
- *Biológicas* ou naturais que envolve o constante aprimoramento e descoberta de novos medicamentos e o avanço na medicina.

Quanto à abordagem:

- *Pesquisa qualitativa* não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização;
- *Pesquisa quantitativa* se centra na objetividade, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados, as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados retratam a realidade de toda a "população alvo".

Quanto à natureza:

- *Pesquisa básica* busca novos conhecimentos, úteis para o avanço da Ciência, sem aplicação prática prevista. Envolve verdades e interesses universais
- *Pesquisa aplicada* a qual gera conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais.

Quanto aos objetivos

- *Pesquisa exploratória* proporciona uma maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, podendo envolver o levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e a análise de exemplos que estimulem a compreensão.
- *Pesquisa descritiva* exige do investigador uma série de informações sobre o

que deseja pesquisar, ou seja, ela promove a descrição dos fatos e fenômenos de determinada realidade. Nesse modelo de estudo temos os estudos de caso, análise documental, pesquisa ex-post-facto.

- *Pesquisa explicativa* se preocupa em identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos, explica o porquê das coisas através dos resultados oferecidos, podendo ser a continuação da pesquisa descritiva.

Quanto aos procedimentos

- Pesquisa experimental

A pesquisa experimental consiste em determinar um objeto de estudo, bem como, selecionar as variáveis que podem influenciar o objeto e definir as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto, podendo ser desenvolvida em laboratório ou no campo.

Para tanto, o rigor no planejamento de suas etapas tem início com a formulação do problema e hipóteses delimitando-se assim, variáveis precisas e passíveis de serem controladas no fenômeno estudado.

PESQUISA BÁSICA OU EXPERIMENTAL NA ENFERMAGEM

A pesquisa básica ou experimental realizada com modelos animais vem sendo cada vez mais explorada de forma crescente na enfermagem mundial cujo objetivo é estudar as possíveis alterações clínicas, controle experimental na promoção de mudanças seguras e práticas consistentes, além de aproximar aos métodos assistenciais de enfermagem25 [1]. Contudo, no Brasil o enfermeiro talvez por falta de conhecimento na área básica, utiliza da ciência fundamental e/ou experimental apenas para delinear sua investigação com ênfase voltada para evoluções.[26]

Acredita-se que talvez por ânsia em estabelecer a legitimidade científica, criar idéias e condições que resultasse em um caminho próprio inserido no processo de desenvolvimento do conhecimento da enfermagem, observou-se um distanciamento da enfermagem e área médica o que resultou em modelos de pesquisa como exploratória, social, histórica e teórica.[26]

Tais modelos de pesquisa, facilita ser conduzidos independente da pesquisa experimental ou da fundamentação básica.

Atrelada a isso, a educação profissional em nossa sociedade restringe a criatividade e a individualidade dos alunos por oferecer como alternativa formal, a aquisição passiva de conhecimentos, pois o processo de formação e capacitação de recursos humanos necessita estar ligado ao desenvolvimento da criticidade do aluno para a habilitação de um profissional ativo e capaz de articular seus pensamentos e idéias.[27]

A enfermagem vem, através dos anos, passando por inúmeras transformações políticas e sociais. Por um longo período, a preocupação com o "fazer" ou "cuidar" constituíam a prioridade da profissão "enfermagem". Após a reforma Universitária de 1968,

a produção científica em enfermagem no Brasil intensificou a partir da década de 70 e passou a buscar embasamento teórico metodológico, devendo ser estimulada desde a graduação, por meio da iniciação científica.[28,29]

Apesar da pesquisa ser considerada como uma ferramenta fundamental para a construção do saber no processo de educação, é uma maneira acadêmica própria de educar, pois incita um questionamento que é reconstruído constantemente. Esses fatores por si só, a torna um dos compromissos sociais na enfermagem.[27]

Além disso, deve-se ter sempre em mente que publicar é um compromisso social do pesquisador, uma responsabilidade dele de apresentar à comunidade científica e à sociedade os resultados obtidos em suas pesquisas. E, quando tais trabalhos são originados de dissertações de mestrado e doutorado, tal compromisso é ainda maior, pois devem ser submetidos à publicação imediatamente após a defesa, porque os dados tendem a ficar desatualizados e as revistas passam a não mais aceitá-los com tanta facilidade, dada a rápida evolução do conhecimento.[28,29]

Um dos desafios a ser enfrentado é o apoio das agências de fomento à ciência e à tecnologia, em especial para as pesquisas experimentais em enfermagem, cujos resultados possam impactar uma prática mais humanista e técnica. Ressalte-se aqui uma característica ainda bastante comum das pesquisas em enfermagem, quase sempre com delineamento “descritivo”. E, no que se refere à comunicação de resultados em periódicos de grande circulação, principalmente em âmbito internacional, perante a comunidade científica, a questão é ainda mais séria, a competitividade é alta e quase sempre se esbarra nos problemas de idiomas, cultura e interesse da pesquisa.[29]

RESUMO DE MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E INSERÇÃO NA DOCÊNCIA E PESQUISA

Nasci na cidade de Cruzeiro, Estado de são Paulo, em 1971, onde obtive minha formação primária do ensino fundamental 1 no Colégio Estadual Maria Isabel Fontoura.

Aos 6 anos de idade, mudei para a cidade de Itajubá – Estado de Minhas Gerais, onde obtive a formação secundária do ensino fundamental 2 no Colégio Estadual João XXIII. Em seguida, realizou o Colegial preparatório na Escola Anglo Vestibulares, também localizados em Itajubá.

Filha caçula de José Reis de Brito (fazendeiro) e Sebastiana Ribeiro Reis (do lar), criada com mais 3 irmãos, sendo um homem e duas mulheres, teve uma criação simples, no campo e família unida.

Aos 21 anos, resolveu ingressar na carreira da área de saúde, por conviver com tios médicos e enfermeiros, dando início ao Curso de Graduação em Enfermagem (Bacharelado) pela Escola de enfermagem Wenceslau Braz (EEWB) de Itajubá no período de 1992-1995. Nos 2 últimos anos de faculdade (1994 e 1995) e no período de férias de julho e janeiro, realizei estagio de observação na Unidade de Cento Cirúrgico (CC) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Sociedade Beneficência Portuguesa e Hospital Alemão Oswaldo Cruz em São Paulo, onde tive contato com as áreas voltadas aos pacientes de alta complexidade, o que me fez decidir especializar na área.

Em janeiro de 1996, iniciei como enfermeira assistencial da UTI da Pneumologia do Hospital São Paulo, onde permaneci até setembro desse mesmo ano, para ingressar no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital Santa Rita, onde obteve contato com pacientes graves e em terapia dialítica, tendo uma estreita intimidade com terapias dialíticas e lesão renal aguda, o que me despertou para a área nefrológica nessa mesma época,

Em 1998, por interesse em investir na carreira escolhida, realizei o Curso de Especialização *Lato Sensu* em Enfermagem Intensiva na Universidade de São Paulo (USP), se tornando uma potencial candidata a concorrer a uma vaga na UTI do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), onde ingressei em 1998 a 2001.

Durante o período que permaneci no HIAE, participei de Grupos Multidisciplinar em Pesquisa nas Áreas de Nefrologia e Neurologia, onde escrevi capítulos de apostilas para o Curso Nefrologia e Neurologia Intensiva para Enfermeiros, e ministrei aulas durante os Cursos.

Ainda nessa mesma época, realizei o Curso de *Advanced Cardiac Life Suport* (ACLS), Curso de Hemodinâmica para Enfermeiros, entre outros cursos de curta duração, sempre com o intuito de novos conhecimentos e aperfeiçoamento profissional.

Participei ativamente como multiplicadora e supervisora da assistência de enfermagem e prontuários durante a Acreditação da *Joint Comission* de 1998-2000.

Nessa mesma Instituição, trabalhei com um colega coordenador do Curso de Técnico em Enfermagem do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) Unidade Tiradentes de 1998 a 2002, onde percebi que tinha grande aptidão pelo ensino.

Ainda em 2000, iniciei na UTI do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), como temporário, permanecendo por 6 meses, e após esse período, foi contratada pelo hospital, permanecendo até 2002.

Em 2003, iniciou no Centro Universitário Adventista (UNASP), onde permaneci por 17 anos. Nessa Instituição de Ensino, fui docente do nível superior do Curso de Graduação em Enfermagem das Disciplinas de Enfermagem de Alto Risco (ECAR), Gestão do Serviço de Enfermagem, Estágio Supervisionado II, Biologia Celular e Molecular, Farmacologia para os Cursos de Graduação em Nutrição e Fisioterapia. Pela Pós-graduação, fui fundadora e coordenadora do Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Enfermagem na Terapia Intensiva e Enfermagem em Emergência desde a formação dos Cursos de 2007 a 2017, estando na 10ª Turma de UTI e 11ª Turma de Emergência.

Em 2008 defendi minha Dissertação de Mestrado pela Disciplina de Nefrologia do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, cujo título é: O Efeito do Pré-condicionamento Farmacológico com Gentamicina em Rins de Ratos.

Foi nesse período, que tive contato com a pesquisa e grande aptidão com a Área Experimental e Ciências Biológicas.

No mesmo ano, ingressei no doutorado, também pela Disciplina de Nefrologia do Departamento de Medicina da UNIFESP, concluindo em 2012, cujo título é: O Efeito do Transplante de Células-Tronco Mesenquimais na Lesão Renal Aguda induzida pela Gentamicina ou pelo LPS.

Durante esse período, desenvolvi atividades como co-orientação de iniciação científica, mestrado e doutorado. Ainda, realizei técnicas de Imuno-histoquímica, Imuno-fluorescência, Histologia, Perfusão Tecidual, Western Blot, PCR real time, Dosagem de Proteínas, Bioquímicas e Citocinas, Cultura de Células, Dosagem de Óxido Nítrico (NO) e contato com Citômetro de Fluxo, Elisa e Microscopia de Luz, Fluorescência, Confocal e Eletrônica de Transmissão.

De 2012 a 2014 realizei o pós doutoramento também concluído, supervisionado pelo Prof. Dr. Nestor Schor pela Disciplina de Nefrologia do Departamento de Medicina da UNIFESP, onde nos períodos de 2008 a 2014 pude participar de Congressos Nacionais e Internacionais na qualidade de congressista e palestrante, o que me despertou interesse, bem como de meu supervisor na realização de segundo pós doutoramento na cidade de Torino – Itália com o grupo de pesquisadores que aceitaram minha proposta para trabalhar com células-tronco em modelos agudos de lesão renal.

Nesse período, em decorrência das excelentes condições de trabalho encontradas na Disciplina de Nefrologia da UNIFESP, houve melhores oportunidades de trabalho e produção científica de 5 trabalhos, sendo 4 publicações em revistas de nível internacional, 1 livro e 1 EBook. Houve ainda, a possibilidade de participação em 36 Congressos, sendo 45 internacionais e 34 nacionais.

Porém, no final de 2015, houve um grande corte de verbas e investimentos a pesquisa no Brasil, o que me impossibilitou de emigrar para Torino e associado a subsequente perda do nosso grande e eterno mestre, interrompendo minhas atividades com a pesquisa experimental, o que me fez dedicar somente ao ensino e a pesquisa clínica em universidades privadas, onde atuo até o momento.

Considero que as minhas atividades associadas a participação de diversos Congressos/Cursos contribuíram de forma positiva não somente ao meu crescimento profissional, bem como, para o grupo na qual fiz parte, além de complementar meus conhecimentos obtidos durante minha permanência por 12 anos cursos mestrado, doutorado e pós-doutorado que passei me dedicando a pesquisa experimental.

Nos últimos anos, devido a um movimento de expansão acentuada nos programas, cursos, seminários, encontros, na área de educação em seus diferentes aportes, foi possível perceber um interesse cada vez mais crescente pela pesquisa envolvendo diferentes aspectos e temas sobre educação, como formação de professores, currículo, metodologias de ensino, identidade e profissionalização docente, políticas de formação e outros realizados tanto na formação inicial quanto na continuada, além dos estudos publicados em revistas científicas da área, apresentados em congressos.

Tais eventos, contribuem para a proliferação de dissertações, teses, artigos, enfim, inúmeros estudos e publicações sobre os aspectos que envolvem a educação e a formação das pessoas em espaços escolares e não escolares. No Brasil, o campo de pesquisa educacional em Ensino de Ciências vem se desenvolvendo consideravelmente nas últimas quatro décadas. Parte significativa desse processo pode ser imputado ao avanço da pós-graduação, que desde o início da década de 70 vem se expandindo e dando suporte à formação de pesquisadores e educadores que ajudaram a estruturar e consolidar a própria comunidade de pesquisadores em Ensino de Ciências e Enfermagem no país. Diversos

estudos apontam o reduzido número de trabalhos produzidos no Brasil dedicados à análise do conhecimento acumulado em uma determinada área, tornando uma área extremamente competitiva, além de atrativa.

Com base nesse enfoque, o que ensinar em sala de aula? Essa é uma questão que nós, professores fazemos todos os dias antes de entrarmos em uma sala. Que conteúdo abordar? Como abordar de forma a contribuir para um maior aproveitamento e aprendizado do corpo discente? Como contribuir para seu despertar pela pesquisa? Ser professor nos dias atuais é mais que ensinar o conteúdo... é ser conhecedor de suas habilidades e competências, o professor deve compreender o que está ensinado. Nesse contexto, é oportuno o desenvolvimento de estudos descritivos e analíticos que incidam sobre a produção acadêmica desenvolvida nesses programas.

Sustentada e movida pelo desafio de conhecer o que já foi construído e produzido visando buscar o que não foi feito, dei início meus projetos de pesquisa em Ensino e Educação, voltados para Área de Ciências Básicas e Enfermagem.

Acredito que dessa forma, não distancio da minha grande área "Nefrologia Básica", podendo assim, corroborar para meu crescimento contínuo e com a comunidade científica.

Dizer que foi fácil, não, não foi. Houve momentos de choro, insegurança, medos, discussões, perdas de final de semana, feriados, mas também de grandes alegrias, vitórias e amizades que me proporcionaram motivação e avanço naquilo que acreditava estar fazendo de forma correta, porque sabia que por de traz desses questionamentos que fazia, haviam varias respostas o que contribuía para novos questionamentos.

Durante todo esse tempo que permaneci na pesquisa experimental cujo único intuito foi em desvendar mistérios que na época eram considerados novos e acredito que ainda tenham novidades por vir referente as "células-tronco", destaco como minhas qualidades de pesquisadora a persistência, a criatividade, a curiosidade e a organização, principalmente gostar do que se está fazendo, sendo este último, o principal para que os demais, vão surgindo espontaneamente.

REFERÊNCIAS

1. Durozoi G, Roussel A. Dicionário de filosofia. Campinas: Papirus, 1996.

2. Tozoni-Reis MF de C. Metodologia da pesquisa científica. 2. ed. Curitiba: IESDE, 2007.

3. Knechtel M do R. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.

4. Naves MMV. Introdução à pesquisa e informação científica aplicada à nutrição. Goiânia, 1995. 37p. Apostila do curso de extensão Introdução à pesquisa, promovido pelo Departamento de Nutrição da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Goiás.

5. Barros AJ da S, Lehfeld NA de S. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

6. Zhang CT. The e-Index, Complementing the h-Index for Excess Citations. PLoS ONE 4(5): e5429, 2009.

7. Hirsch JE. An Index to Quantify an Individual's Scientific Research Output. In Proceedings of the National Academy of Science. V.102, n.46, p.16569-16572, 2005.

8. Jin B. The AR-Index: Complementing the H-Index. ISSI Newsletter, 3(1) p. 6. 2007.

9. Jin B, Liming L, Rousseau R., Egghe L. The R- and AR-indices: Complementing the H-Index. Chinese Science Bulletin. 52(6), 855– 863, 2007.

10. Silva AM dos S, Gomes C de B, de Moraes FF, Ariki J, Filho MC de P, Zeyn MK, Laurenti R, Cano W. Perfil desejável do pesquisador. FAPESP, 2020.

11. Baffi MAT. Modalidades de pesquisa: um estudo introdutório. UPF, 2014.

12. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia científica. São Paulo: Atlas, 1991.

13. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais, 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

14. Hegenberg L. Etapas da investigação científica. São Paulo: EDUSP, 1976.

15. Russel B. História da filosofia ocidental. 3. ed. São Paulo: Nacional, 1969. (Livros 1-3).

16. CAPES, 2010. Disponível em http://www.capes.gov.br/images/stories/download/ Livros-PNPG-Volume-1-Mont.pdf. Acesso em 09/09/2020.

17. BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Plano Nacional de Pós-Graduação – PNPG 2011-2020 / Coordenação de Pessoal de Nível Superior. – Brasília, DF.

18. FINEP – Financiadora de Projetos e Pesquisa. Relatório de Gestão. Ministério da Educação e Tecnologia. Agência Brasileira de Inovação, 2010.

19. Jung CF. Metodologia para pesquisa & desenvolvimento: aplicada a novas tecnologias, produtos e processos. Rio de Janeiro/RJ: Axcel Books do Brasil Editora, 2004.

20. Fachin O. Fundamentos de metodologia. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

21. Leite FT. Metodologia científica: métodos e técnicas de pesquisa. Aparecida: Ideias & Letras, 2008.

22. Tozoni-Reis MF de C. Metodologia da pesquisa científica. 2. ed. Curitiba: IESDE, 2007.

23. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

24. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

25. Holtzclaw BJ, Hanneman SK. Use of non-human biobehavioral models in critical care nursing research. Crit Care Nurs Q, 24(4):30-40, 2002.

26. D'Antonio P. Toward a history of research in nursing. Nurs Res; 46(2):105-10, 1997.

27. Baggio MA. O Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem,* v.8, n.1, p.09-16, 2006.

28. Collet N, Schieider JF, Correa AK. A pesquisa em enfermagem: avanços e desafios. *Revista Latino-americana de enfermagem,* v.53, n.1, p.75-80, 2000.

29. Demo P. *Educar pela pesquisa.* Campinas (SP): Ed. Autores associados; 1996.

CAPÍTULO 6

EMPREENDEDORISMO E CONSULTORIA COMO OUTROS CAMINHOS NA ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 06/12/2020

Juliana Maria Fernandes Irineu
Faculdade Wenceslau Braz.
São Lourenço/MG.
http://lattes.cnpq.br/3547184656899045

RESUMO: Este artigo traz a vivência de um profissional enfermeiro, destacando suas experiências no setor público, privado e se aventurando pela autonomia da consultoria e empreendedorismo social. O autor aborda sobre a profissão de enfermagem explorar áreas distintas da saúde, e o profissional enfermeiro é um ser antifrágil, que enfrenta obstáculos movido pela determinação. Destaca atividades desenvolvidas ao longo de 25 anos de carreira e enfatiza que sempre é tempo de transformação.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, experiência, consultoria, empreendedorismo social

ABSTRACT: This article brings the experience of a professional nurse, highlighting his experiences in the public and private sector and venturing for the autonomy of consultancy and social entrepreneurship. The author discusses the nursing profession to explore different areas of health, and the professional nurse is an antifragile being, who faces obstacles driven by determination. It highlights activities developed over a 25-year career and emphasizes that it is always time for transformation.
KEYWORDS: Nursing, experience, consulting, social entrepreneurship

"Nunca duvide que um pequeno grupo de pessoas comprometidas possa mudar o mundo - na verdade, elas são as únicas que realmente conseguem fazê-lo"

(Margareth Mead)

INTRODUÇÃO

A finalidade deste artigo é apresentar o relato de experiências de uma enfermeira com 25 anos de vivência profissional, destacando habilidades para consultoria e empreendedorismo social, resultando em atividades de relevância para o setor público, privado e para a vida pessoal. Para relatar essas experiências, a autora descreve uma autobiografia de sua vida acadêmica partindo da graduação até a atualidade.

Inicialmente gostaria de destacar que o convite dos colegas da 37ª Turma de Formandos da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz de Itajubá (MG) trouxe a oportunidade que há muito tempo eu estava me devendo: passar para o papel e compartilhar descrições cheias de significado. Contar experiências é relatar as histórias de vida por meio de letras que compõem palavras e assim marcam a existência. Gostaria de expressar, nesta oportunidade, minha gratidão à mestra e amiga Lígia Mohallem, que colaborou na orientação desse trabalho, e à colega de turma Silene Barbosa, que proporcionou a oportunidade de elaborar esse relato como marco do jubileu de prata de formatura da turma.

O que quero destacar nesse relato é que o enfermeiro é um ser visionário, capaz de mudar o rumo da saúde por onde passa, não somente pela execução de tarefas altamente qualificadas,

mas por habilidades revolucionárias envolvendo consultoria e empreendedorismo, voltadas para a melhoria contínua das instituições e da comunidade em geral.

O papel da consultoria é levar sugestões de melhoria para as instituições assistidas em um processo educativo, contínuo e motivador. O consultor deve ser um profissional atento às necessidades estruturais e humanas das empresas, à evolução do mercado, às novas tendências e tecnologia. A consultoria é um mecanismo de aprendizagem entre consultor e cliente com foco na melhoria dos processos, redução das despesas e aumento da lucratividade. O consultor assemelha-se muito com um empreendedor, por meio de ideias inovadoras, realiza diagnóstico de problemas para obter resultados satisfatórios e apresentar propostas de projetos que agreguem valor de forma humanizada, desenvolvendo *marketing* positivo e trazendo resultados capazes de promover mudanças para segurança econômica das empresas diante de um cenário de competitividade pela globalização e capitalismo acelerado.

Para abordar essa temática, destaca-se a precursora da enfermagem atual, Florence Nightingale, como ícone de incentivo para o trabalho da área. O que se segue é a trajetória, desde o curso de graduação até hoje, quando meu caminho cruzou as veredas da consultoria e do empreendedorismo social.

A FORMAÇÃO ACADÊMICA: O CENÁRIO DA ENFERMAGEM NO BRASIL E NO MUNDO

A constante mudança de cenários trazida pelo século XX e XXI, com todos seus desafios, não pode tirar dos enfermeiros a visão empreendedora. No século XIX, Florence Nightingale em sua obra “Notas sobre Enfermagem”, mostra como ela foi visionária, deixando um legado de trabalho sistematizado e empreendedor em favor da vida.[1] Desde 1860 foi atuante como sanitarista, administradora e empreendedora na guerra da Criméia, trabalhando nos campos de batalha organizando estruturas e processos para melhoria da assistência e para salvaguardar vidas.[2]

Ao longo destes 25 anos de profissão refleti muito sobre a minha prática profissional. Desde o período da graduação até agora venho aprendendo dia após dia que o trabalho sistematizado qualifica a assistência, culminando em processos que facilitam a visão integral do ser humano que recebe os cuidados de enfermagem. Aqui me reporto ao lema da turma de 1995, que hoje reflete sua prática nesta iniciativa de compor essa obra: “*se ninguém cuida de você, eu cuido*”. Continuando essa reflexão, desde o tempo da graduação até hoje, reitero minha observação para chegar ao empreendedorismo e consultoria: os profissionais que compõem a gestão em diversos setores devem estar focados no desenvolvimento de ações que implementem medidas preventivas e interventivas por meio de uma educação continuada, contribuindo para proteção da saúde do trabalhador de saúde e, consequentemente, à segurança do paciente e o sucesso organizacional. A sistematização da assistência de enfermagem no campo individual ou no coletivo e a educação permanente/continuada contribuem para a diminuição do estresse a que os profissionais estão sujeitos, evitando muitos dos transtornos psíquicos, por esse motivo torna-se de suma importância a visão empreendedora do enfermeiro em seu ambiente de

trabalho.

Autores na área de saúde e fora dela se referem, por exemplo, à Síndrome de Burnout que, assola um grande número de profissionais de saúde, principalmente nos dias de hoje.[(1)] Nesse sentido, o profissional enfermeiro atuando com atitude empreendedora, busca condições para privilegiar ações salutares para instituições e destaca a Educação Permanente como um fundamento primordial na prática diária da assistência integral, evitando estresses geradores de conflitos internos e externos, promovendo a sistematização e padronização dos processos e qualificação da assistência.

Quando ingressei na enfermagem, já havia cursado magistério, acredito que isso tenha colaborado para que eu entendesse melhor a pedagogia da vida. Entrei na Escola de Enfermagem Wenceslau Braz em 1992, concomitante com o último ano do curso de magistério e complementação pedagógica na Fundação de Ensino e Pesquisa de Itajubá (FEPI). O contato com a linha freiriana e a visão sistematizada do processo de enfermagem que Horta (1979)[4] implantou no Brasil com a Teoria das Necessidades Básicas, me fizeram perceber a importância de uma nova visão empreendedora para trabalhar na saúde e com a sociedade.

A Enfermagem, ao longo dos tempos, vem descontruindo e construindo novos paradigmas, observa-se uma metamorfose em sua transformação histórica. Hoje, além dos colegas assistenciais, existem aqueles que ocupam outros cargos gerenciais, administrativos, de docência e de pesquisa. Eu me arrisquei nas ocupações da consultoria e do empreendedorismo.

Na busca de uma prática de enfermagem exercida em campos de atividade mais amplos, realizei especializações em cursos de pós-graduação em áreas que acredito terem sido complementares para poder abarcar essa nova perspectiva profissional. Assim, temas ligados à auditoria em saúde, gestão de pessoas, projetos sociais, marketing e tecnologia da informação fizeram parte dessa jornada acadêmica e profissional. Esses temas alimentaram a prática no decorrer dos anos quando as exerci nas áreas hospitalar e de saúde pública, sendo que, nesta, atuei em nível de atenção primária na Estratégia de Saúde da Família e em nível secundário na Policlínica Central e Centro Viva Vida[2], instituições que contribuíram para crescimento de um profissional resiliente.[5]

EMPREENDEDORISMO E CONSULTORIA: EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

O início de minha carreira em 1996 se realizou por meio de experiência hospitalar, sendo de grande crescimento profissional. Aprendi que, entre protocolos, normas rígidas e números, se fazia necessária a construção de um profissional humanizado. Esse foi o legado deixado pela Escola de Enfermagem Wenceslau Braz: investir na capacitação de pessoas voltadas para uma visão holística do ser humano, na missão ética de valorizar

---

1.[()] O Burnout é uma reação ao estresse crônico no trabalho que tem consequências negativas socioeconômicas e na saúde física e mental do trabalhador. [1-3] Essa condição tem sido relatada entre profissionais de enfermagem, muitas vezes inseridos em contextos de trabalhos dinâmicos, sobrecarregados e com relações interpessoais intensas que predispõem ao desenvolvimento do Burnout. [1-4]

2. O Centro Viva Vida (iniciado em 2009), consolida uma rede articulada e integral de serviços de promoção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens, bem como de cuidados ao recém-nascido prematuro, dando significativo reforço na prevenção da mortalidade infantil e materna em Minas.[5]

a assistência individual e coletiva. A qualificação, ética e humanização da assistência marcaram os anos iniciais de minha carreira profissional e perduram até hoje.

> Há a necessidade de que o enfermeiro reavalie seu cuidado, de maneira a perceber que os princípios bioéticos devem reger sua prática sempre, de forma a auxiliar no respeito ao paciente e no cuidado humanizado de Enfermagem, fazendo com que o cuidado não se torne apenas a aplicação de técnicas de Enfermagem, mas sim, uma prática complexa que considera que aquele a quem se presta este cuidado é um ser digno, com necessidades não apenas biológicas, mas psicológicas, sociais e espirituais.[6]

Em 1998 iniciei carreira em uma empresa comprometida com organização e padronização de processos. Como enfermeira de uma empresa privada de serviços de saúde que abrangia 25 cidades do Circuito das Águas, exercia atividades na convicção de que a tônica de todo processo era a primazia da qualidade e satisfação do cliente. No cotidiano, realizava atividades de prevenção, promoção à saúde por meio de gerenciamento de processos internos e externos para empresas conveniadas e parceiras. No decorrer dos anos, executava consultorias: gerenciais, arquitetônicas, administrativas e de gestão de pessoas. Nos dez anos de atuação para empresa privada, descobri que além de enfermeira, possuía habilidades para consultoria e empreendedorismo.

Um dos projetos que foi muito significativo, está registrado e em vigor desde 2003 até hoje, foi desenvolvido para o Comitê Educativo e de Integração (CEI), em que eram elaboradas e desenvolvidas atividades socioculturais para comunidades carentes, em parceria com empresas privadas, cooperados e colaboradores que, além de promoverem sua imagem de forma positiva, obtinham redução de impostos para suas instituições. Esse foi um grande marco empresarial e revolucionário para um enfermeiro: convencer e angariar do setor privado a capacidade financeira para desenvolver e executar atividades de cunho social e garantir o *marketing* necessário aliado à dedução de impostos para empresas conveniadas. Os projetos desenvolvidos culminaram em um “Selo de Responsabilidade Social”.

As experiências criativas e de sucesso foram aprimorando minha “veia” empreendedora. Abaixo destaco dois projetos que saíram do sonho e se materializaram.

Em 1997 nem se pensava em Estatuto do Idoso (2003), e já se desenhava um projeto que abrangesse o público da terceira idade. Estratégias foram elaboradas para uma cidadezinha do Sul de Minas com pouco mais de dez mil habitantes. O projeto vislumbrava um encontro semanal com atividades psicomotoras, lúdicas e sociais e que, com um ano de existência, acrescentou em suas atividades passeios turísticos e trabalhos voluntários para Vila Vicentina da cidade. Projetos com mesmo cunho foram expandidos para outras cidades do sul de Minas.

Outro projeto interessante que quero abordar é sobre a implantação de uma empresa do ramo farmacêutico nos anos 2000, para uma cidade turística, estância hidromineral com pouco mais de 45 mil habitantes. Por meio de um plano de negócios, após análise de mercado, elaborou-se um projeto contemplando pontos fortes para a abertura de uma farmácia que atendesse não apenas pela comercialização dos produtos, mas na gestão da fidelização dos clientes por meio da promoção e prevenção à saúde.

Foram aproximadamente 15 anos de trabalhos bem sucedidos até que as grandes redes adentraram ao mercado.

MAS AFINAL, O QUE SE ENTENDE POR CONSULTORIA E EMPREENDEDORISMO?

Para abordar esses temas, vou discorrer sobre consultoria e empreendedorismo à luz de outros autores.

O termo empreendedorismo surgiu por volta do século XV por meio das palavras francesas *entrepreneur* (empreendedor) ou *entreprende* (empreender), que significam organizar, administrar e assumir riscos em um negócio ou empreendimento. O empreendedorismo pode ser definido como uma ação para a obtenção de sucesso por meio da coordenação e realização de projetos, serviços e negócios.[7]

O empreendedor é aquele que enxerga de forma diferente nos mais diversos lugares: em casa, no trabalho, na escola, apresenta uma visão estratégica, criativa, inteligente. Possui habilidade para criar e implementar mudanças, inovações e melhorias.[7]

Empreender significa superar desafios, aprender coisas novas, ter e colocar em prática novas ideias. Para empreender, não basta ter uma grande ideia, é preciso criar, manter e sustentar essa ideia. Algumas das características do empreendedor: criatividade, iniciativa, pensamento estratégico e otimismo.[8]

Nessa perspectiva tem-se o surgimento do empreendedorismo na enfermagem. O empreendedorismo pode ser compreendido e definido, segundo Andrade, Dal Bem & Sena, como: "a criação ou aperfeiçoamento de algo, com a finalidade de gerar benefícios aos indivíduos e à sociedade.[9]"

O empreendedorismo está interligado à consultoria no que se refere à otimização de gestão de negócios. A partir da visão de Crocco e Guttmann, para um profissional ser realmente considerado um consultor empresarial é necessário que ele siga certas premissas de independência, automotivação, perícia escrita e verbal, capacidade analítica, autenticidade e ética.[10]

Um consultor, como qualquer outro profissional ligado à área empresarial, deve ter como característica pessoal o que se chama de CHA no estudo da administração de empresas, ou seja, deve possuir conhecimentos, habilidades e atitudes. Não basta saber o que fazer, é preciso saber como e querer fazer algo.[11]

Em âmbito de relação entre consultor e empreendedor, pode-se destacar aspectos positivos e negativos que serão determinantes para o sucesso ou insucesso do serviço. Ao considerar que a consultoria não é executada apenas pelo consultor, mas pela união de esforços entre consultor-cliente[12], destaca-se a importância de uma boa relação entre as partes e de se trabalhar em equipe para que os resultados projetados durante a contratação do serviço de consultoria possam ser alcançados.[13]

DE ENFERMEIRA A EMPREENDEDORA!

Coliche mostra em um estudo que conceitos de empreendedorismo na enfermagem, o ser um enfermeiro empreendedor, a diversidade de negócios, a gestão de negócios, as barreiras diante dos negócios, o incentivo ao enfermeiro empreendedor e o ensino de empreendedorismo ao enfermeiro são assuntos recorrentes entre pensadores da profissão, que compreendem sua inserção e necessidade. Também apresenta as facetas possíveis do empreendedor com o intraempreendedorismo, o empreendedorismo social e empreendedorismo de negócios.[14]

O enfermeiro é um empreendedor nato, desde a vida acadêmica é treinado a desenvolver análise crítica dos setores onde atua, realizando diagnóstico situacional e gerencial para organização local. O enfermeiro é por natureza também um consultor, aberto a novos paradigmas, capaz de recriar novas estratégias na busca constante pela valorização das atividades que permeiam dignamente o ser humano.

Em meados de 2017, quando da transferência de atuação da atenção primária para a atenção secundária, fiz uma reflexão sobre minha trajetória e percebi que deveria buscar novos horizontes. Foi então que me associei a uma cooperativa de saúde e iniciei a prestação de serviços de consultorias e treinamentos. O empreendimento obteve tanto sucesso que finalizei o ciclo no setor público e investi em empresa própria.

Em uma das realizações de consultoria, fui apresentada a uma empresa do setor educacional de desenvolvimento e treinamento junto a qual me credenciei para prestação de serviços. Hoje, atuo em atividades de formação profissional e promoção social nas modalidades presenciais, de forma inclusiva em concomitância com outras atividades do ramo empreendedor.

Além das propostas dos cursos e treinamentos, atuo no papel de enfermeira, não me restringindo aos aspectos físicos, teóricos e práticos, mas exercendo a capacidade empática que tanto é enfatizada no exercício da enfermagem, para acolher outras necessidades humanas, percebidas no contato com as pessoas. Realizo ainda, consultoria voluntária, colaborando com planos de negócios para pessoas de baixa renda, que pretendem abrir seu próprio negócio ou agricultura familiar e para comunidades que necessitam desenvolver potencial local. A consultoria e o empreendedorismo social ajudam a implantar estratégias de forma criativa, para oportunizar pessoas e comunidades na construção de processos que colaborem para o bem comum.

Todas as vivências relatadas até aqui, desde o curso de graduação até as experiências de hoje, culminam, em meu entender, na construção e transmissão de conhecimentos, lapidando enfermeiros na arte de aprender a empreender.

Gostaria de destacar que como enfermeira me atrevi a aventurar pelos caminhos da autonomia profissional, o que requer bastante motivação, persistência e iniciativa. A carreira “solo” exige um profissional qualificado, ético e, me atrevo a dizer, destemido, pois questões desafiadoras fazem parte desse cotidiano, o que pode ser um problema para profissionais que têm preferência por atividades rotineiras.

Para vender a ideia de empresa e trabalhar como “autônoma”, é necessário um profissional de perfil ético e empático. Essa foi uma conquista que contribuiu para a entrada

no mercado.

Iniciar uma empresa própria tem suas vantagens: flexibilidade de horário, escolha do ramo de atividades e condução dos próprios empreendimentos. A desvantagem vem do inesperado. Quem poderia imaginar que seriamos surpreendido por uma pandemia mundial? Infelizmente esse imprevisto trouxe um impacto para a empresa, que está se reorganizando para atividades nas formatações remotas e híbridas e para nova carta de empreendimentos e produtos que possam agregar valor mesmo diante da crise.

Hoje fortalecida como mulher e como profissional posso dizer: que a enfermagem me fez aprender a virtude da perseverança e que crenças e comportamentos positivos e éticos moldam o caráter do ser humano, tornando-o mais comprometido com o mundo que o cerca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é um curso amplo que explora áreas distintas da saúde. Como enfermeira, aprendi a diversificar conhecimentos. Nestes anos de aprendizado e experiência pude observar que a enfermagem está inserida em um contínuo processo de adaptação no seu crescimento, em que se passa por grandes desafios profissionais. Compreendi que somente após passar pelo "fogo" se faz a verdadeira transformação, como acontece com o aço, o ouro e o milho. Cito em comparação, um parágrafo de autoria de Rubem Alves, revelando que somente milho duro que passa pelo fogo pode se transformar:

> A transformação do milho duro em pipoca macia é símbolo da grande transformação porque devem passar os homens para que eles venham a ser o que devem ser. O milho da pipoca não é o que deve ser. Ele deve ser aquilo que acontece depois do estouro. O milho da pipoca somos nós: duros, quebra-dentes, impróprios para comer. Pelo poder do fogo podemos, repentinamente, nos transformar em outra coisa – voltar a ser crianças!

Notei uma relação metafórica entre enfermagem e o milho de pipoca, pois o milho de pipoca que não passa pelo fogo, continua sendo milho de pipoca, mas existe também os piruás, que são aqueles milhos que se recusam a estourar e a se transformar no que realmente devem ser.

Cabe a cada um a decisão a ser tomada pelos caminhos. Temos que estar cientes que as escolhas tem consequências, optei em ser uma profissional feliz, que trabalha de forma ética e empática o empreendedorismo e consultoria para projetos harmonicamente inovadores .

Meu sentimento é de gratidão por vivenciar experiências no setor público e privado e ter experimentado o poder transformador do fogo na construção de um profissional sabedor de suas limitações e competências, consciente que devemos colaborar para o processo de "metamorfismo" do ser humano, a iniciar por nós mesmos, seja na assistência, no gerenciamento na consultoria ou na elaboração de projetos empreendedores.

O enfermeiro é muito mais que um executor de tarefas, ele é um ser "antifrágil", autor de histórias de sucesso, pois entende que não existem obstáculos na vida quando se é movido pela força da determinação!

REFERÊNCIAS

1 Gomes VLO, Backesc VMS, Padilha MICS, Vaz MRC. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. Revista Investigación y Educación em Enfermería, v.17, núm 2, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v25n2/v25n2a10.pdf>. [Acesso em: 21 jul 2020].

2 Padilha MICS, Mancia JRF. Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. Rev Bras de Enferm, São Paulo, v. 58, n.6, p.723-726, nov./dez. 2005.

3 Nogueira, LS, Sousa RMC, Guedes ES, Santos MA, Turrini RNT, Cruz DALM. Burnout e ambiente de trabalho de enfermeiros em instituições públicas de saúde. Rev Bras Enferm, 2017.

4 Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

5 Brasil, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Viva Vida, 2012. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/gripe/page/429-viva-vida-sesmg. [Acesso em: 23 jul de 2020].

6 Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev. Bras Enferm, vol. 60. 2007.

7 Copelli FHS, Erdmann AL, Santos JLG. Empreendedorismo na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras Enferm, vol. 72, 2019.

8 Degen RJ. O empreendedor. Empreender como opção de carreira. Prentice Hall Brasil, 2009.

9 Andrade AC, Dal Ben LW, Sannal MC. Empreendedorismo na Enfermagem: panorama das empresas no Estado de São Paulo. Rev. Bras Enferm, 2015.

10 Crocco L, Guttmann E. Consultoria empresarial. São Paulo, Ed. Saraiva, 2005.

11 Carlos Jr. O que é CHA em gestão de pessoas? Project Builder, 2017.

12 Conceição GJ. Consultoria Empresarial como Ferramenta de Gestão Financeira para Pequenas Empresas: Um Estudo de Caso na FKS Moda Center da Cidade de Conceição do Almeida-BA. Revista Formadores: Vivências e Estudos, Cachoeira-BA, v.8 n.2, p.25-32, 2015.

13 Almeida AMB, Feitosa MGG. A construção da confiança na relação consultor/cliente: uma abordagem baseada no conhecimento da vida cotidiana e a prática reflexiva. *In:* FEITOSA, M.G.G.; PEDERNEIRAS, M. (Org.). Consultoria Organizacional: Teorias e Práticas. 1 ed. São Paulo: Atlas, v. 1, p. 3 – 26, 2010.

14 Colichi RMB. Empreendedorismo de negócios e Enfermagem: revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm., Fev; 72(Suppl 1): 321-330, 2019 .

CAPÍTULO 7

CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM PARA ATENDIMENTO À CRIANÇA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL: ASSISTÊNCIA EM TEMPO INTEGRAL

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 06/12/2020

Maria José Felizardo
Faculdade Wenceslau Braz
São Paulo/SP
http://lattes.cnpq.br/1610448494806797

RESUMO: Esta é a história de uma enfermeira que, por acaso, transformou o sonho em realidade. A partir de seu desejo de cuidar de pessoas como profissional autônoma, atingiu seu objetivo atuando na assistência às crianças com incontinência urinária e fecal em consultório público e privado.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Consultório, Incontinência, Cuidado

NURSING CLINIC TO CARE CHILDREN WITH URINARY AND FECAL INCONTINENCE: FULL TIME ASSISTENCE

ABSTRACT: This is the story of a nurse who achieved her dream. From his desire to take care of people as an autonomous professional, she reached his goal of working with assistance to children with urinary and fecal incontinence in a public and private office.
KEYWORDS: Nursing, Clinic, Incontinence, Care

1 | INTRODUÇÃO

A atividade do enfermeiro em consultório, no Brasil, diferentemente de países como Estados Unidos, Canadá e Reino Unido onde essa atividade já se encontra bem definida há décadas, demorou para ser regulamentada. A demanda crescente apresentada pela sociedade relacionada à prevenção e à assistência à saúde juntamente com a LEI N 7.498/86, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências[1] e ao DECRETO N 94.406/87, de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências[2] permitiu que o enfermeiro, com segurança jurídica, pudesse exercer seu ofício em consultório. Contudo, foi a RESOLUÇÃO COFEN Nº 568/2018 que Aprova o Regulamento dos Consultórios de Enfermagem e Clínicas de Enfermagem[3] – ALTERADA PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 606/2019[4] cujos anexos contêm modelo de Requerimento de Cadastro de Consultório e de Clínicas de Enfermagem e modelo de Registro de Consultório e de Clínicas de Enfermagem no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem que, definitivamente, solidificou a atividade do enfermeiro em consultório. Essa normatização, além de regulamentar o funcionamento dos Consultórios e Clínicas de Enfermagem, definiu os aspectos referentes ao licenciamento, funcionamento, responsabilidade técnica e área física dos mesmos reforçando a ação autônoma do enfermeiro que, no que lhe concerne, viabiliza a assistência ao cliente tanto no âmbito individual quanto no coletivo ou domiciliar. Mas, apesar das dificuldades legais e burocráticas anteriores à definição da legislação, o consultório de Enfermagem sempre esteve ao alcance do enfermeiro.

2 I MINHA HISTÓRIA

Meu primeiro contato com a atividade do enfermeiro em consultório aconteceu em 1978, bem antes da LEI N 7.498/86 do Cofen e foi através de um anúncio em um jornal impresso. Apesar da peça publicitária não especificar a profissão da enfermeira Berenice T. Tupy Tavares,[5] eu a conhecia, a admirava e fiquei encantada com a sua atuação. A partir daí, ser enfermeira e praticar a Enfermagem em consultório, tornou-se meu projeto profissional.

Os anos se passaram e o mercado me manteve no campo hospitalar e este, por sua vez, me preparou para, finalmente, atuar em consultório de forma natural como se dependesse somente do destino.

O serviço de Urologia Pediátrica do Hospital São Paulo (HSP) do hospital escola da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), recebe crianças de todas as regiões do Brasil, muitas vezes em situação de vulnerabilidade clínica necessitando de assistência imediata. No ano de 2000 a equipe de Urologia Pediátrica solicitou um enfermeiro à Diretoria de Enfermagem para ensinar as mães das crianças com Bexiga Neurogênica a realizar o Cateterismo Intermitente Limpo (CIL), orientar cuidados com estomas urinários continentes e incontinentes e desenvolver um protocolo para assistir crianças com Disfunção do Trato Urinário Inferior (DTUI): Enurese Noturna e Micção Disfuncional. Diante deste cenário e do fato de que eu havia carregado comigo a paixão por feridas, adquirida na Escola de Enfermagem Wenceslau Brás, atualmente – Faculdade Wenceslau Brás, eu era a única enfermeira do departamento que tinha como atividade extra, no serviço, a atuação no Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas e Cuidados com Estomas (GETRAFE) sendo esta experiência determinante para que o chefe da Urologia Pediátrica, na época, me convidasse para compor a equipe multidisciplinar do ambulatório.

Como eu já trabalhava com pacientes urológicos acreditei que podia fazê-lo, mas para garantir uma assistência de qualidade, convidei a Professora da Escola Paulista de Enfermagem Maria Alice dos Santos Lelis[6], enfermeira que já atuava em consultório assistindo pacientes urológicos e autora da tese de mestrado "*Cateterismo vesical intermitente - técnica limpa: caracterização da prática vivenciada por um grupo de pacientes*", para me assessorar na capacitação das mães das crianças na realização do CIL de seus filhos. Essa experiência foi arrebatadora.

– Obrigada, enfermeira Maria Alice dos Santos Lelis!

Depois deste dia, investi todo o tempo livre que ainda tinha com dois empregos, em pesquisa e estudos sobre as doenças urológicas em pediatria. Informalmente, cheguei ao consultório.

O ambulatório de Urologia Pediátrica contava com uma equipe multidisciplinar: urologista pediátrico, residentes em Urologia, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista – trabalhar com uma equipe estruturada facilitou, e muito, a minha atuação. Em uma sala pequena; com uma mesa também pequena; um pequeno armário; duas cadeiras; uma maca; um lavabo e disponibilidade total, desenvolvi todos os impressos relacionados à consulta de enfermagem respeitando a especificidade de cada doença, bem como os impressos relacionados às orientações escritas que são entregues às mães e/ou cuidador para melhor atender àqueles 'pequenos' pacientes.

Desde então, as mudanças que decorreram relacionadas às intervenções políticas características de um hospital universitário, alteraram toda a dinâmica do departamento de Urologia, mas o consultório de Enfermagem que assiste a esse público específico só mudou de prédio e de sala. Atualmente, em um espaço físico completo para consultório, continuo capacitando as mães para realizar o CIL, orientando cuidados com estomas continentes e incontinentes, atuando na Reabilitação do Trato Urinário Inferior (RTUI) com intervenções que modificam o perfil miccional das crianças com Enurese e Disfunção Miccional e, há alguns anos, estou capacitando as mães para realizar a Irrigação Transanal (TIA) em crianças com intestino neurogênico e com doenças que levam à incontinência ou constipação intestinal de difícil controle. Lembrando que por tratar-se de um Consultório de Enfermagem em um Hospital Escola, o ambulatório recebe enfermeiros de outras instituições, de todo o país, para visita técnica e é campo de estágio em Incontinência Urinária e Fecal.

E aquele segundo emprego? Ele permaneceu só até 2003.

Como a demanda no consultório particular do chefe do serviço de Urologia Pediátrica já era alta e, até então, era ele quem treinava seus pacientes por não ter para onde encaminhar as crianças que precisavam da mesma assistência, fui convidada para estender minha experiência na esfera do consultório particular (lembra daquele projeto/sonho de 1978?). Pedi demissão no hospital onde estava trabalhando, o tal segundo emprego, e arrisquei. Deu certo.

Desde então, presto assistência, exclusivamente, às crianças e adolescentes com Incontinência Urinária e Fecal em consultório público e privado.

3 | DESAFIOS

É preciso deixar claro que devido à especificidade do público a ser atendido, da necessidade do diagnóstico médico e da legislação que nos conduz, com exceção da orientação sobre os cuidados com estomas, as demais ações, tais como: treinamento de CIL e de TIA, assim como RTUI de crianças com diagnóstico de Enurese e Disfunção Miccional, dependem de encaminhamento médico, independente da solicitação para a assistência ser direcionada ao Consultório de Enfermagem público ou privado. Isto é: a solicitação para a execução do procedimento deve ser por escrito e cabe a nós profissionais requerer essa proteção.

Outro desafio que os Consultórios e Clínicas de Enfermagem enfrenta é, até ao presente, o não reconhecimento de toda a população. A arte e a ciência do cuidar, foco principal do enfermeiro e, de forma muito especial, da nossa turma: *"Se ninguém cuida de você, eu cuido"* (Frase que marcou a 37ª turma), ainda é visto, por muitos, como a arte e a ciência de receber ordens. Entretanto, as nossas conquistas associada à valentia dos jovens profissionais estão transformando este nicho de mercado em um segmento promissor.

4 I RECOMPENSA

Faz parte das coisas que não têm preço.

O público-alvo de um Consultório de Enfermagem em Incontinência Urinária e Fecal, seja ele público ou privado, é composto, na sua maioria, por crianças e adolescentes especiais. A nossa capacidade de acolhimento e de cuidar faz com que as crianças, os adolescentes e as suas famílias tenham um olhar de gratidão, de compreensão e de reconhecimento pelo nosso trabalho que é, simplesmente, incalculável. Esse olhar representa, creio que para todos os enfermeiros, a certeza de que somos capazes e de que podemos intervir para que o paciente e sua família tenham uma qualidade de vida melhor.

5 I CONCLUSÃO

Os pioneiros no empreendedorismo: os enfermeiros obstetras; os especialistas em feridas; entre outros, tiveram um papel fundamental na construção da nossa atividade profissional em consultórios.

Hoje, realizar a consulta de enfermagem é um direito do enfermeiro, assegurado por lei, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e normatizada pelo Cofen.

Embora conhecida, a profissão Enfermagem encontra-se em momento de alta exposição, devido à pandemia (COVID19), no entanto essa evidenciação reforça, ainda mais na sociedade, a imagem de que nosso campo de atuação é hospitalar. Temos muito que caminhar para que os Consultórios e Clínicas de Enfermagem se consolidem como campo de atuação do enfermeiro, principalmente por sermos profissionais liberais e autônomos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 31 ago. 2020.

2. Brasil. **Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em 31 ago. 2020.

3. Brasil. **Resolução Cofen n. 568/18, de 09 de fevereiro de 2018**. Regulamenta o funcionamento dos Consultórios e Clínicas de Enfermagem (Cofen). Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0568-2018_60473.html. Acesso em 21 set. 2020.

4. Brasil. **Resolução Cofen n. 606/19, de 05 de abril de 2019**. Inclui na Resolução Cofen n° 568/2018, de 9 de fevereiro de 2018, anexos contendo modelo de Requerimento de Cadastro de Consultório e de Clínicas de Enfermagem e modelo de Registro de Consultório e de Clínicas de Enfermagem, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem. (Cofen). Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-606-2019_70088.html. Acesso em 21 set. 2020.

5. *Tavares, BTT*. Enfermeira obstétrica em anúncio no jornal impresso **Gazeta de Varginha**, 2º caderno, 15/07/1978. Disponível em: http://memoria.bn.br/pdf/103861/per103861_1978_00535.pdf. Acesso em 31 ago. 2020.

SOBRE AS AUTORAS

JULIANA MARIA FERNANDES IRINEU - Especialista em Auditoria em Saúde pela UNINTER. Especialista em Gestão de Pessoas e Projetos Sociais pela UNIFEI. Especialista em Designer Instrucional pela UNIFEI. Especialista em Gestão de Negócios e Marketing pela UCAM. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela FWB. Especialista em Saúde Pública pela UNAERP. Especialista em complementação Pedagógica pela FEPI. Graduada em Enfermagem pela FWB.

LUCIANA APARECIDA REIS - Pós-doutorado em Ciências pela Disciplina de Nefrologia do Departamento de Medicina da UNIFESP/EPM. Doutorado em Ciência pela Disciplina de Nefrologia do Departamento de Nefrologia do Departamento de Medicina da UNIFESP/EPM. Mestrado em Ciências – Área de Nefrologia pela disciplina de Nefrologia do Departamento de Medicina de UNIFESP/EPM. Especialista em Terapia Intensiva pelo Departamento de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP. Graduada em Enfermagem pela FWB.

MARIA CRISTINA PORTO E SILVA - Mestre em Docência Universitária (UTN-Argentina). Especialista em Florence (UNYLEYA). Especialista em Preceptoria (Sírio Libanes). Especialista em Segurança e Saúde do Trabalhador (Centro Universitário Claretiano). Especialista em Obstetrícia pela FWB. Graduada em Enfermagem pela FWB.

MARIA JOSÉ FELIZARDO - Graduada em Enfermagem pela FWB.

SILENE RIBEIRO MIRANDA BARBOSA - Mestre em Gerontologia pela UCB. Especialista em Gestão em Saúde pela UNIFESP. Especialista em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde pela UFBA. Especialista em Gerontologia pela UFBA. Graduada em Enfermagem pela FWB.

TANIA DA SILVA MARTINS - Especialista em Obstetrícia pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Graduada em Enfermagem pela FWB.

SOBRE A ORGANIZADORA

SILENE RIBEIRO MIRANDA BARBOSA - Mestra em Gerontologia (UCB). Pós-Graduada em Gestão em Saúde (UNIFESP). Pós-Graduada em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde (UFBA). Pós-graduada em Gerontologia (UFBA). Graduada em Enfermagem pela Faculdade Wenceslau Braz (FWB). Atuou como Supervisora Técnica da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Nível Municipal e Estadual. No Nível Federal atuou como Consultora Externa do Ministério da Saúde (MS) na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e na Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI). Em 2013 foi uma das organizadoras do livro Biossegurança no Contexto da Saúde, e também autora do capítulo intitulado: Norma Regulamentadora (NR) 32. No ano de 2016 publicou a dissertação do Mestrado "Estudo da Sexualidade das Idosas com a Doença de Alzheimer Leve". Já em 2017 teve a publicação de co-autoria do artigo intitulado Demanda do Enfermeiro na Clinica Médica de um Hospital Público do Distrito Federal. No ano de 2020 organizou os E-Books "A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado, assim como, Tecnologia e Inovação do Cuidar em Enfermagem, volumes 1, 2 e 3". Docente das disciplinas teórico-práticas de Políticas de Saúde, Atenção Primária, Saúde Coletiva, História da Enfermagem, Legislação Profissional e Ética, e Metodologia da Pesquisa. É avaliadora dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde/MEC. Membro do Comitê Acadêmico da Academia Mexicana de Fenomenologia e Investigação Qualitativa em Enfermagem e Saúde no biênio 2021-2022.

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Inserção e Práticas de Enfermagem

Ano 2021

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Inserção e Práticas de Enfermagem